

TOPLUMCU TIP

DR. M. AKİF AKALIN

Toplumcu Tıp

Sovyetler Birliği Deneyimi

Dr. M. Akif Akalın



yazılama

Toplumcu Tıp

Sovyetler Birliği Deneyimi

Yazılama Yayınevi: 44

Teorik Bakış: 9

Toplumcu Tıp

Sovyetler Birliği Deneyimi

Dr. M. Akif Akalın

Kapak Tasarımı
Gökçe Erbil / Heval Deniz Çakıcıoğlu

Birinci Baskı
Kasım 2010

ISBN
978-605-5892-36-4

Baskı
Kayhan Matbaacılık
Güven San. Sitesi C Blok No: 244
Topkapı - İSTANBUL
(0212 576 01 46 / 0212 612 31 85)

İrtibat
Yazılama Yayınevi Hizmetleri Ltd. Şti.
Osman Ağa Mah. Halitağa Cad. Vahap Bey Sok.
Yıldırım Han No:17/14
Kadıköy – İSTANBUL
0 216 338 52 59

www.yazilama.com
iletişim@yazilama.com

Toplumcu Tıp

Sovyetler Birliği Deneyimi

Dr. M. Akif Akalın



Dr. M. Akif Akalın: 1961 yılında doğdu. 1985 yılında Dokuz Eylül Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Sağlık Bakanlığı'na bağlı çeşitli kurumlarda hekim ve idareci olarak görev yaptı. 2007 yılında Ryerson Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu'nu bitirdi. İstanbul Sıtma Savaşı Derneği, Pratisyen Hekimlik Derneği ve Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün kurucuları arasında yer aldı. Halen İstanbul Üniversitesi Mediko Sosyal Merkezi ve İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı'nda görev yapmaktadır.

İçindekiler

Önsöz..9

Rusya'da Çarlık Döneminde Modern Sağlık Hizmetleri......................11

SSCB'nin Kuruluşu ve Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi 17

SSCB'de Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi..23

SSCB'de Sağlık Hizmetlerine Yaklaşım..33

Sovyetler Birliği'nde Hekim Eğitimi 87

Sonsöz 155

Kaynakça...157

Unutturul(a)masın diye...

1980'lerde küçük bir Anadolu kasabasında hekimlik yapıyordum. Bir gün yaşlı bir adam hasta torununu getirdi. Çocuğu muayene edip, reçeteyi dedesine verdim. Dede "bu ne?" diye sordu. "Reçete" dedim, "eczaneden alacaksın" "İlacı sen vermiyor musun?" dedi. "Hayır" dedim, "ben doktorum, ilacı eczaneden alacaksın". "Yok, doktor bey" dedi, "ilacı da sen vereceksin" Küçük bir tartışma oldu ve yaşlı adam "Seni Kaymakam'a şikayet edeceğim" diyerek gitti.

Diğer hekim ve hemşire meslekdaşlarımla adamcağızın arkasından üzülerek baktık. Bir süre sonra Sağlık Ocağı'nın emektar Sıtma Savaş işçisi Sabri Bey'den, 1970'li yıllarda sağlık ocaklarında hastalara ilaçların ücretsiz dağıtıldığını öğrendim. Hiçbirimiz bunu bilmiyorduk. Bilenlere de "unutturmuşlardı". Aynı bugün, bir zamanlar dünyanın birçok yerinde ve Türkiye'de sağlığın bir hak olduğunu ve herkesin prim veya ücret ödemeden, genel bütçeden karşılanan ve devlet kurumlarında, devlet hizmetindeki sağlık emekçileri tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlandığını unutturmaya çalıştıkları gibi...

Önsöz

Bugün ellili yaşları içinde olanlar, dünyada ve ülkemizde hemen her 15 yılda bir, bir önceki dönem için inanılamaz değişiklikleri yaşayan bir kuşak oldu. Bu hem teknolojik açıdan, hem inanılan değerler sistemleri için geçerli. Çocukluğumda mutfağımızdaki pompalı gaz ocaklarında yemek pişerdi. Gençliğimde eşitlik, özgürlük, adalet ve kardeşlik temel değerlerdi...

Tarihe bakmak, bugün kesin ve değişemez diye algıladıklarımızın nasıl ve neden oluştuğu hakkında ipuçları sağlar. Bugünün "asla değişemez" diye algıladığımız zorunluluklarının bir yüzyıl önce var olmayan kavramlar olduğunu öğrenmek, bugünün mecburiyetlerinin 10 yıl sonra farklılaşabileceği umudu yaratır bende hep. Varoluşu bir süreç olarak algılamak, içinde olduğumuz kesite katlanmayı kolaylaştırıyor belki bir yandan, öte yandan sürecin bu kesitten nasıl ve nereye doğru dönüşeceğinin de ipuçlarını veriyor.

Sağlığa ve tıp eğitimine de bu gözle bakmak ve büyük bir hızla değişen ve aynı hızla unutulan bir çağda, yaşananları belgelemek gerçekten çaba gösterilmeye değer bir alan. Tıp eğitiminin okullarda verilmeye başlayarak kurumsallaştığı 16-17. yüzyıldan bu yana yapısı ve içeriğinin, içinde yer aldığı toplumun sağlıktan beklentilerine göre yönlenişini belgelemek, bugünkü tıp eğitiminin yarına nasıl evrileceğine ilişkin bir bakış da sağlar belki. Öğrencilerin seçiminden müfredatın bileşimine ve mezuniyet ölçütlerine kadar tüm niteliğinin 1917 – 1927 yılları arasındaki 10 yıl içinde nasıl değiştiği "Sovyetler Birliğinde Tıp Eğitimi" örneğinde gözlenebiliyor.

Derinlemesine bir kaynak taraması yaptığına ve her bir kaynağın tutarlılığını dikkatle irdelediğine tanık olduğum yazarın bu çalışmasının, hem tıp eğitimiyle ilgilenenler, hem de farklı bir dünyada yaşamak isteyenler için değer taşıdığına inanıyorum.

Prof. Dr. Zeynep Olcay Solakoğlu
İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD Başkanı

Rusya'da Çarlık Döneminde Modern Sağlık Hizmetleri

Kapitalist üretim ilişkilerinin göreli olarak geç girdiği Rusya, modern tıpla diğer Avrupa ülkelerinden oldukça uzun bir zaman sonra tanışmıştır. Çağdaşı diğer feodal imparatorluklarda olduğu gibi, Rus Çarlığı'nda da sağlık hizmetleri, esas olarak saray, soylular ve ordu için örgütlenmiştir. Halk kendi sağlık sorunlarını yerel ve geleneksel iyileştiricilerle karşılamaktadır.[1]

Kaynaklar, *Korkunç İvan* döneminde (1533-1584) Rusya'ya, Almanya'dan dört hekim, iki cerrah, sekiz pansumancı, sekiz berber-cerrah ve dört eczacı getirtilmek istendiğini, fakat gemilerinin uğradığı saldırıdan sonra bunlardan kaçının kurtularak Rusya'ya ulaşabildiğinin bilinmediğini belirtmektedir. 1557 yılında Rus büyükelçisi İngiltere'den iki hekim getirmiştir.[2]

Büyük Petro (1682-1725) döneminde de Avrupa'dan hekim getirilmeye devam edilmiştir. 1678 yılında 12 İsveçli ve Alman hekim ve 1697 yılında 50 Hollandalı cerrah getirtilmiştir. Petro döneminde, ilk kez 1692 yılında, genç bir soylu olan Posnikov ve 1698 yılında Volkov yurtdışına tıp eğitimi için gönderilmiştir.[3] Yine bu dönemde Moskova'da Rusya'nın ilk

---

[1] Gregg, A. (1927). *Medical Education in Russia*, sf. 9. Rockefeller Archive Center. Rockefeller Foundation Archives. http://profiles.nlm.nih.gov/FS/B/B/P/Q/ (Erişim: 08 Haziran 2010).

[2] Newsholme, A. ve Kingsbury J.A. (1933). *Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia*, 17. Bölüm. Marxist Internet Archive. Erişim: 02.05.2010.

[3] Sigerist, H.E. (1937). *Socialized Medicine in the Soviet Union*, sf. 65. London: Victor Gollancz Ltd.

hastanesi (1706) açıldığından ve bu askeri hastanede ilk kez tıp eğitimine (1707) başlandığından, Rus Bilimler Akademisi'ni de kuran Petro'ya "*Rus tıbbının kurucusu*" denilmiştir. Petro döneminde ordu için modern sağlık hizmetleri örgütlenmiştir.[4/5] Kronstadt, Moskova ve Elizavetgrad'da birer tane olmak üzere toplam üç tıp fakültesi açılmıştır.[6]

2. Katerina döneminde (1762-1796) bir tıp okulu ve biri ruh sağlığı, diğeri cinsel yolla bulaşan hastalıklar hastanesi olmak üzere iki hastane açılmıştır. Prens Cherkasov'un yardımlarıyla 1763 yılında kurulan St. Petersburg Tıbbi ve Cerrahi Akademisi ile tıp fakültesi sayısı dörde yükselmiştir.[7/8] Kilisenin, tıbbın tanrının işine karıştığı gerekçesiyle her türlü yeniliğe karşı direndiği bir ortamda Katerina, 1768 yılında kendisine çiçek aşısı yaptırarak, çevresini aşılanmaları için teşvik etmiştir.[9/10] Katerina tarafından kurulan en önemli toplumsal kurumlardan biri de, yerel bir sosyal yardım örgütü olan *Eyalet Sosyal Yardım Kurulu*'dur (Prikaz Obshchestvennogo Prizreniia). Kurulun etkinlikleri Sağlık Yasası'na göre yürütülmektedir. Yasa, sağlık profesyonelleri ve kurumları üzerinde polis gözetimi kurmakta ve Çarlık tıbbının egemen felsefesi olan hastayı sağlıklıdan izole etmek ve yoksulu varlıklıdan ayırmak amacına hizmet etmektedir.[11]

Çarlık Rusya'sında *1. Aleksandr* döneminde (1801-1825), 8 Eylül 1802 tarihinde devlet işleri ilk kez yeni kurulan bakanlıklar tarafından yürütülmeye başlanmıştır. Bu bakanlıklar arasında "Sağlık Bakanlığı" bulunmadığı gibi, sağlık işleri başka bir bakanlığın uhdesine de verilmemiştir.[12]

---

[4] Newsholme, A. ve Kingsbury J.A., *age*, 4. Bölüm
[5] Ostroverkhov, G.E. (1961). *Higher Medical Education in the USSR*, Academic Medicine, Volume 36, Issue 9, sf: 986-995.
[6] Osrtoverkhov, *age*, sf: 896.
[7] Pares, B. (1955). *A History of Russia*. 3rd. Edition, sf: 291. London: Cape.
[8] Osrtoverkhov, *age*, sf: 986
[9] Newsholme, A. ve Kingsbury J.A., *age*, 17. Bölüm
[10] Pares, B. *age*, sf: 291
[11] Assa, N. (2006). *How Arbitrary Was Tsarist Administrative Justice? The Case of the Zemstvos Petitions to the Imperial Ruling Senate, 1866–1916*. Law and History Review, Volume 24, No 1, sf: 1-43.
[12] Pares B. *age*, sf: : 332

1804 yılında altı yeni üniversite kurulmuş ve tıp okullarının sayısı beşe yükselmiştir.[13]

1. Nikolas döneminde (1825-1855), St. Petesburg'da 1831 kolera salgını halk arasında isyana yol açmış ve din adamlarının yönlendirmesiyle insanlar hastanelere saldırarak ciddi zararlar vermişlerdir.[14] St. Petersburg Tıbbi Cerrahi Akademisi 1835 yılında Askeri Akademi haline getirilmiştir.[15] 1852 yılında Rusya'da salgın hastalıklara karşı Halk Sağlığı Komiteleri oluşturulmuştur.[16]

Rusya'da *2. Aleksandr* döneminde (1855-1874), 1861 yılında köylü ayaklanmaları sonucu serflik kaldırılmış, köylüler özgürleştirilmiş ve böylece Rusya'da kapitalizmin gelişimi hızlandırılmıştır.[17] Köylülerin özgürleşme mücadelesi Rusya'yı aynı zamanda Avrupa'da artık bir "hayalet"[18] gibi dolaşan sosyalist fikirlere de açmıştır. 1865 yılında önde gelen Rus hekimlerinden S. P. Botkin tarafından, sanayi bölgelerindeki yaşam ve çalışma koşullarını belirlemek ve iyileştirmek için bir komisyon kurulmuştur.[19]

1860'ların başlarında Rusya'nın Avrupa eyaletlerinde kurulan yerel yönetimler (*Zemtsvo*) tarafından toplanan yerel vergilerle sağlık hizmetleri sunulmuştur. 2. Katerina döneminde kurulan Eyalet Sosyal Yardım Kurulu'nun mirası üzerinde yükselen bu hizmetlerle kamusal hastaneler kurulmuştur.[20] Zemtsvo bünyesinde, 1864 yılında kırsal kesimde sunulmaya başlanan sağlık hizmetlerinde 2.700 kadar hekim görev almaktadır. Kırsal kesime sağlık hizmetleri ağırlıkla feldsherler[21] aracılığı ile

[13] Newsholme, A. ve Kingsbury J.A., *age*, 17. Bölüm
[14] Pares, B., *age*, sf: 368
[15] Newsholme, A. ve Kingsbury J.A., *age*, 17. Bölüm
[16] Sigerist, H.E., *age*, sf: 69
[17] Sigerist, H.E., *age*, sf: 41; Pares, B., *age*, sf: 406
[18] Marx, K. ve Engels, F. (1848[1987]). *Manifesto of the Communist Party*, sf: 1. Chicago : C.H. Kerr Pub. Co.
[19] Izmerov, N.F. (1973). *Control of Air Pollution in the USSR*, sf: 11. World Health Organization. (Fransa'da basılmıştır)
[20] Assa, *age*, sf: 32-34
[21] Feldsher: Hekim yardımcısı veya pratisyen hemşire kategorisine karşılık gelen bir sağlık emekçisi. (y.n.)

götürülebilmektedir.[22]

1872 yılında Marksizm'in temel kitabı *Kapital*'in birinci cildi Rusça'ya tercüme edilmiştir. Rusya coğrafyasında 19. yüzyılın son yıllarında sayıları giderek artan ve kendileri için bir sınıf olmaya başlayan sanayi işçileri, Sosyal Demokrat Parti'de örgütlenmiş ve *Iskra* (Kıvılcım) gazetesi 1900 yılında yayınlanmaya başlamıştır. Bu dönemde toplumsal yaşamda sağlık ve eğitim alanındaki mücadele öne çıkmıştır. Emeğin bu alanlarda taleplerini yükseltmesiyle yerel meclislerde gündemin ilk sırasına oturan bu konular, emekten yana partilerle, sermaye partileri arasında çatışma alanı oluşturmuştur. Emekten yana partiler, sağlık ve eğitime daha fazla bütçe ayrılmasını talep ederken; sermaye partileri, ülke kaynaklarını başka alanlarda değerlendirmek istemektedir. Bu dönemde eğitim hizmetleri en azından sermayenin gereksindiği eğitimli emekgücünü sağlayacak kadar örgütlenmiş ve eğitimden sorumlu bir bakanlık kurulmuş olmasına karşın, devlet sağlık alanında sorumluluk almamakta direnmekte ve sağlık alanındaki hizmetler hâlâ bir misyoner etkinliği olarak veya hayırsever kurumlarca sürdürülmektedir. Ülkenin büyük bir bölümünde ne hastane, ne de hekim bulunmaktadır.[23]

20. yüzyıla doğru ilerici düşünceler bilim çevrelerinde de yaygınlaşmaya başlamıştır. Kazan Üniversitesi'nde patoloji profesörü olan A.V. Petrov, 1873 yılında, "*tıbbın ve hekimlerin bireylere bin yıllık faydasız bir hizmetten sonra, şimdi bütün topluma hizmet etmeye davet edildiğini, toplumun sağlık ve iyilik düzeyini yükseltmek için sosyal hastalıkların tedavi edilmesi gerektiğini*" yazmıştır. P.A. Peskov 1875 yılında, çevrenin, yaşam ve çalışma koşullarının insan sağlığı üzerine etkilerini araştıracak hijyen merkezleri kurulmasının gereğine işaret etmektedir. 1882 yılında Moskova Üniversitesi'nde hijyen dersi veren F.F. Erisman, otopsi raporlarının ve istatistiksel çalışmaların, hava kirliliğinin insan bedeninin akciğerler, göz ve sinir sistemi gibi önemli organlarında etkiler oluşturduğunu belirterek, sağlığı korumak için havadaki bütün yabancı maddelerin

[22] Sigerist, H.E., age, sf: 70; Barona, J.L. ve Cherry, S. (Ed). (2005). *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*, sf: 53. Valencia: University of Valencia Press.
[23] Bates, B., age, sf: 455-457).

uzaklaştırılması gerektiğini söylemektedir.[24]

Burjuva demokratik devrimin başladığı 1905 yılında Rusya'da, mevcut 23.500 hekimin büyük bir bölümü şehirlerde olup, bunlardan 4.500 kadarı mesleğini serbest icra etmekte, 6.800 kadarı orduda hizmet vermektedir.[25] 1912 yılına kadar geçmişte kurulan beş tıp fakültesine yalnızca bir tıp fakültesi eklenmiştir. Bu fakültelerden yalnızca Askeri Akademi'de nitelikli bir tıp eğitimi verilmektedir.[26] 1914 yılında savaşlar nedeniyle artan hekim gereksinimini karşılayabilmek için tıp fakültesi sayısı 15'e yükselmiştir.[27]

Çarlık Rusya'sının tıp fakülteleri, günümüzdeki kapitalist ülkelerde olduğu gibi, sağlık sorunları için kendilerine başvuran bireylere yardımcı olabilecek, bir başka deyişle özel muayenehanesinde veya hastane ortamında bireylere sağlık hizmeti sunacak hekimler yetiştirmek amacıyla eğitim vermektedirler. Bunun yanında ordunun hekim gereksinimi askeri tıp fakültesince karşılanmaktadır. Kuşkusuz zaman içinde çok büyük insan gruplarının büyük kentlerde yoğunlaşması sonucu, kamusal sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi zorunluluğu ile karşılaşılmış, kamusal sağlık örgütlerinin gereksinimlerini karşılayacak hekimlere ihtiyaç doğmuştur. Ancak sayıları çok sınırlı olan bu hekimlerin bu alana ilişkin bilgi ve beceri kazanabilmeleri için tıp eğitiminde düzenlemeler yapmak yerine, kamusal alanlarda istihdam edilen hekimlerin gerekli donanımı mezuniyet sonrasında sağlaması yoluna gidilmiştir. Bu sistemin gereksindiği hekim emekgücünü sağlayan hekim eğitimi, Avrupa ülkelerindeki geleneksel tıp eğitiminin bir kopyasıdır. Çarlık Rusya'sı hekim eğitiminde uygulanan müfredatı ve eğitim yöntemlerini, hekim eğitiminin ilk iki yılının klinik öncesi bilimlere, geri kalan yılların klinik eğitime ayrıldığı Alman modelinden almıştır.[28]

Tıp fakülteleri üniversiteler içinde örgütlenmiş ve dolayısıyla Eğitim

---

[24] Izmerov, *age*, sf: 11-12

[25] Barona ve Cherry, *age*, sf: 53

[26] Newsholme ve Kingsbury, *age*, 17. Bölüm

[27] Gregg, *age*, sf: 273

[28] Barr, D.A. ve Schmid, R. (1996). *Medical Education in the Former Soviet Union*, sf: 141 Academic Medicine, 71(XX).

Bakanlığı'na bağlıdır. Tıp fakültesini bitirenlere hekimlik yapma izni devlet lisans sınavları ile verilmektedir.[29] Tıp eğitiminin süresi 5 yıldır. Kadınlar yalnızca kadınlara mahsus iki tıp fakültesine sınavla kabul edilirken, erkek öğrencilerden tanınmış liselerden mezun olanlar sınavsız, diğerleri sınavla kabul edilmektedir.[30] Tıp fakülteleri ücretlidir ve öğrenciler her yarıyıl için 50 altın ruble ödemektedirler. Yalnızca Askeri Tıp Akademisi ücretsizdir.[31]

---

[29] Gantt, W.H. (1924). *A Review of Medical Education in Soviet Russia*, sf: 1057. British Medical Journal, 1(3311).

[30] Gregg, *age*, sf: 56

[31] Gantt, *age*, sf: 1058

Sovyetler Birliği'nin Kuruluşu ve Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Sovyetler Birliği, 7 Kasım 1917'de gerçekleşen Ekim Devrimi'nin ardından kurulmuş ve sosyalist hükümet 9 Kasım 1917'de V.İ. Lenin başkanlığında oluşturulmuştur. Sovyet hükümeti hızla bankaları, sanayi kuruluşlarını ve diğer büyük üretim araçlarını devletleştirmiş ve 3 Mart 1918'de Brest-Litovsk anlaşmasıyla Birinci Emperyalistlerarası Savaşı, Sovyet insanı için sonlandırmıştır. Ancak dünya sermayesinin desteğine alan Rus sermayesi ve soylular, emeğin hükümetine karşı üç yıl süren bir iç savaş başlatmış ve bu güçler ancak 30 Aralık 1922'de dize getirilebilmiştir.

Sağlık, yeni kurulan Sovyet Hükümeti'nin öncelikleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Çarlık Rusya'sında feodal soyluluğun ve sermayenin sınıfsal gereksinimlerine göre örgütlenmiş olan özel sağlık hizmetlerinin yerine, işçiler ve köylülerin, bir başka deyişle emeğin gereksinimlerine göre örgütlenecek sosyalist bir kamusal sağlık sistemine gereksinim vardır. *Kuşkusuz tıbbın hastalıklara karşı kullandığı silahlar bütün sistemlerde aynıdır ve sermayenin egemen olduğu ülkelerde de sınırlı da olsa kamusal sağlık hizmetleri örgütlenmiştir, fakat Sovyet sağlık sistemini* ***'sosyalist'*** *yapan, hastalıklara karşı eldeki silahların* ***'nasıl'*** *kullanıldığıdır.*

Sovyetlerin hastalıklarla savaşta tıbbı kullanma biçimi, diğer bir deyişle Sovyet sağlık sistemi, 1917 Ekim Devrimi'nden hemen sonra örgütlenmeye başlamış, sistemin ilkeleri bu dönemde belirlenmiş ve uygulamalar zaman içinde bazı değişimlere uğramış olsa da temel ilkeleriyle, en azından, 1980'li yıllara kadar sürdürülmüştür.

"Batılı gözlerin" Sovyet sağlık sisteminin temel niteliklerini görebilmesi ve anlayabilmesi oldukça güçtür. Nitekim 1957 yılında Sovyetler Birliği'ni ziyaret eden Dr. Thomas Parran başkanlığındaki bir Birleşik Devletler heyeti, raporlarında bir yanda "Sovyetler Birliği'nde toplum sağlığında son on yıllarda gerçekleşen dramatik başarılara dikkat çekiyor", diğer yanda "aynı zamanda tıbbi uygulamaların ve tıp öğretiminin niteliğinin Birleşik Devletler'dekinden hatırı sayılır ölçüde daha düşük" olduğunu ifade ediyorlardı.[32]

Sovyetler Birliği'nde tıbbi uygulamaların ve tıp eğitiminin niteliğinin "batıdakinden" düşük olup olmaması bir yana, bu ifadenin gizli önermesi şudur: *Toplum sağlığındaki başarılar, tıbbi uygulamaların ve tıp eğitiminin niteliğine bağlıdır.* Oysa Sovyetler Birliği, kuruluşundan itibaren toplum sağlığındaki başarının esas olarak buralarda değil, çoğu aslında tıbbi olmayan *sağlığın toplumsal belirleyicilerin*deki iyileşmelerde olduğunu fark etmiştir. Günümüzde batının da kabullenmek zorunda kaldığı bu gerçek, giderek daha geniş çevrelerce "yeniden" keşfedilmektedir.

Sermaye, sağlık sorunlarının çözümünü, esas olarak bu sorunları çözeceği umulan sağlık hizmetlerine ve dolayısıyla sağlık personeline indirgerken; emek bu sorunları, sağlığın çoğu tıbbi olmayan toplumsal belirleyicilerini (maddi yaşam koşullarını) iyileştirerek çözmeyi hedeflemekte, sağlık hizmetlerini ve dolayısıyla sağlık personelini "ulusun iyilik (well-being) düzeyine dolaylı bir katkı"[33] olarak görmektedir.

1. Sağlığın Toplumsal Belirleyicileri

McKeown'a göre 18. yüzyıldan itibaren Batı Avrupa'nın toplam ölüm hızındaki büyük düşüş ve sağlıktaki iyileşme dört etkene bağlıdır:

> Tarımın yeniden örgütlenmesiyle üretimin artmasına bağlı olarak beslenmede iyileşme

> Çevresel sanitasyon[34] tedbirleriyle atıkların sağlığa zarar vermeye-

[32] Allwood-Paredes, J. (1962). *Interesting Characteristics of Soviet Medical Training*, sf: 1213. Journal of Medical Education, 37(11).

[33] Osrtoverkhov, *age*, sf: 986

[34] Çevre koşullarının sağlığa elverişli duruma getirilmesi, çevre hijyeni. (y.n.)

cek şekilde uzaklaştırılması ve temiz içme ve yeterli kullanma suyu sağlanması

> Yaşam standartlarının iyileştirilmesi
> Özgün önleyici ve tedavi edici tedbirler

Bunlar içinde *tıp biliminin* ölüm hızlarındaki toplam azalma ve sağlığın iyileşmesindeki payı göreli olarak oldukça küçüktür.[35]

Raphael'e göre "*sağlığın toplumsal belirleyicileri, bir toplumun üyelerine sunduğu çeşitli kaynakların niceliği ve niteliğidir. Bu kaynaklar, çocukluk, gelir, beslenme, barınma, istihdam ve çalışma koşullarını kapsar ancak bunlarla sınırlı değildir... Sağlığın toplumsal belirleyicilerinin hastalıklar üzerinde geleneksel biyomedikal ve davranışsal risk faktörlerinden daha büyük bir etkisi vardır*".[36]

Raphael bu etkinin büyüklüğü konusunda şunları yazmaktadır:

> "Sağlık durumunun iyileşmesinin sağlık bakımındaki iyileşmelere bağlanması bir hurafedir. Tıptaki gelişmeler doğuştan yaşam beklentisinin artışı üzerinde ancak *% 10-15 kadar etkilidir*. Sağlık durumunun iyileşmesinden, gündelik yaşamın maddi koşullarının iyileşmesi sorumludur. (...) Gelir, sağlığın toplumsal belirleyicileri arasında önemli bir yere sahiptir. Gelir, kendi başına sağlığın toplumsal belirleyicilerinden biridir; ancak, aynı zamanda erken yaşam döneminin, eğitimin, barınmanın, istihdam ve çalışma koşullarının ve gıda güvencesinin niteliğinin de belirleyicisidir."[37]

Batının günümüzde "yeniden keşfettiği" bu kavramlar, kuruluşundan beri Sovyet tıbbının temel taşlarını oluşturmaktadır.

---

[35] McKeown, T. (1971). *A Conceptual Background for Research and Development in Medicine.* International Journal of Health Services, 3(1), sf: 18.

[36] Raphael, D. (Ed.). (2004). *Social Determinants of Health Canadian Perspectives,* sf: 1-2 Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.

[37] Raphael, age, sf: 8

2. Sovyet Sağlık Sisteminin Felsefesi ve Temel İlkeleri

Aşağıdaki alıntılar Sovyet sağlık sisteminin *felsefesine* ilişkin ipuçları vermektedir:

> Sovyet sağlık sistemi "yurttaşlarının sağlığından *devletin sorumlu olması* ve *sağlık bakımının her yurttaşın hakkı* olduğu felsefesine dayanır. Bu felsefeye göre önleyici ve iyileştirici *sağlık hizmetleri herkese ücretsiz sunulmalıdır.*"[38]

> "Sovyetler Birliği'nde sağlık hizmetleri belirli bir toplumsal sistem ve felsefenin gereksinimlerini karşılamak üzere örgütlenmiş ve yönetimin bütün düzeylerinde *önleyici ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesiyle* bütün topluma kapsamlı bir sağlık bakımı sağlamak için tasarlanmıştır. Sovyetler Birliği'nde temel sağlık felsefesi *sağlığı korumaktır* ve bu felsefe toplumun sağlığına ilişkin sorumluluğu devlete verir. Sovyet hükümeti, sağlığın ulusun ekonomisi ve kalkınmasındaki rolünü ve belli toplumsal grupların (çocuklar, emekçiler vb.) özel tıbbi ilgiye gereksinimi olduğunu kabul etmiştir."[39]

> "Sovyet sağlık sistemi şu ilkelere dayalıdır:
> - Ağırlığın, önleyici sağlık hizmetlerine verilmesi
> - Herkese yüksek standartta ücretsiz sağlık bakımı
> - Tıbbi araştırma ve uygulama arasında yakın ilişki
> - Sağlık sisteminin geliştirilmesine halkın katılımı
> - Hijyen bilgisinin toplum içinde yaygınlaştırılması"[40]

Newsholme ve Kingsbury[41] Sovyetler Birliği'nde sağlık bakımının özelliklerini şöyle sıralamaktadır:

---

[38] US Public Health Service. (1962). *Report of the Medical Exchange Mission to the USSR: Maternal and Child Care*, sf: 1. Public Health Service Publication No. 954.

[39] WHO. (1960). *Health Services in the USSR*, sf: 9. World Health Organization Public Health Papers No. 3. (İsviçre'de basılmıştır).

[40] WHO. (1970). *Postgraduate Education for Medical Personnel in the USSR, sf: 12.* Belgium: World Health Organization. (Belçika'da basılmıştır).

[41] Newsholme ve Kingsbury, *age*, 22. Bölüm

> Hekimlerin devlet görevlisi, sağlık kurumlarının devlet kurumları ve hizmetin devlet hizmeti olması
> Sevk zinciri ile birbirlerine bağlı sağlık kurumlarında hizmet
> Genel bütçeden finanse edilen ücretsiz sağlık hizmeti
> Sanayi ve tarım işçileri ve ailelerine sağlık bakımında öncelik
> Önleyici ve tedavi edici hizmetlerin bütünleştirilmesi

Sovyet sağlık sisteminin ayırt edici özelliği, insanların çalışma ve yaşam koşullarının gereksinimlerini karşılayacak şekilde ve farklı iklimsel, kültürel, ulusal ve diğer yerel özellikleri hesaba katarak *planlanmış* olmasıdır.[42]

Diğer yandan Sovyet tıbbının amacı tek tek hasta bireyleri iyileştirmekten çok, sağlıklı bir toplum yaratmaktır. Bu amaçla örgütlenen Sovyet tipi sağlık hizmetleri, hasta bireyleri tedavi etmek amacıyla örgütlenmiş olan kapitalist sağlık hizmetlerinden kuşkusuz farklı olacaktır ve bu da kendisini sağlık hizmetinde önleyici hizmetlerle iyileştirici hizmetler arasındaki tarihsel ayrımın ortadan kaldırılmasıyla göstermiştir.[43]

Sovyetler Birliği'nin ilk Sağlık Bakanı Dr. Semaşko, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini "devletin herkese gereksindiğinde ücretsiz ve nitelikli sağlık bakımı sağlama sorumluluğunu üstlenmesi" olarak tanımlamaktadır. "Böylece özel hastaneler ve özel muayenehaneler gölgenin güneşte kaybolduğu gibi yok olacaklardır."[44]

[42] WHO. (1963). *Health Education in the USSR*, sf: 9. World Health Organization. (İsviçre'de basılmıştır).
[43] Webb, S. ve Webb, B. (1935). *Soviet Communism: A New Civilization*. Vol. 1-2, sf: 675-676. London: Longmans.
[44] Webb ve Webb, *age*, sf: 677

SSCB'de Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi

1. Merkezi Sağlık Yönetimi

Devrimden önce ordunun, demiryollarının ve Avrupa eyaletlerinin bir bölümünde *Zemtsvo*'ların yerel sağlık örgütlenmeleri olmasına karşın, ülkenin merkezi bir sağlık örgütlenmesi yoktur. 1918 Şubat'ında bu farklı sağlık örgütleri arasında eşgüdüm sağlanması amacıyla Petrograd'da *Sağlık Departmanları Konseyi* kurulmuştur. Ancak kısa bir süre sonra bu Konsey'in salgınlarla mücadelede etkisiz kaldığı görülmüştür. Karşıdevrimci hekimler görevlerini yapmamakta, emek hükümetini sabote etmeye çalışmaktadırlar. Sağlık alanını tam olarak emeğin denetimi altına almak gereği iç savaşla daha da yaşamsal hale gelmiştir.[45]

Çarlık Rusya'sı coğrafyasında sağlık hizmetlerinin merkezi yönetimi, Sovyet Hükümeti'nin getirdiği bir yeniliktir.[46] 18 Haziran 1918'de bir Hükümet kararnamesiyle Sovyetler Birliği Sağlık Bakanlığı (Narkomzdraw - Narodnyi Komissariat Zdrawoochronienija) kurulmuş ve Lenin'in yakın arkadaşlarından Dr. Nikolay Aleksandroviç Semaşko Sovyetler Birliği'nin ilk sağlık bakanı olmuştur.[47] Sovyetler Birliği'ni oluşturan her cumhuriyette de birer Sağlık Bakanlığı (Gubzdraw-Gubernia Zdrawoochronienija) kurulmuştur.

---

[45] Sigerist, *age*, sf: 95

[46] Haines, A.J. (1928). Dr. N.A. *Semaşko The Commissar of Health.* Health Work in Russia. Marxist Internet Archive. Erişim: 20.05.2010.; Sigerist, *age*, sf: 95

[47] Izmerov, *age*, sf: 13

1920'lerin başlarında Sovyetler Birliği Sağlık Bakanlığı şu departmanlardan oluşmaktadır:

> Tüberküloz, sifiliz[48], sıtma vb. bölümlerini kapsayan saniter-epidemik[49] departman
> Tedavi departmanı
> Sanatoryumlar departmanı
> Savaş sanitasyonu departmanı
> Demiryolları ve buharlı gemi sanitasyonu departmanı
> Ana ve çocuk sağlığı departmanı
> Atletik sporlar ve beden eğitimi alt-bölümleriyle gençlik sağlığı departmanı
> Bilimsel araştırma çalışmalarının kontrolü ve örgütlenmesi departmanı[50]

Sağlık Bakanlığı'nın fizik tedavi departmanı esas olarak sanayi işçilerine hizmet sunmak üzere 1924 yılında kurulmuştur.[51]

Sağlık Bakanlığı dışındaki Bakanlıkların da sağlık alanında önemli görevleri vardır ve bu görevlerini Sağlık Bakanlığı ile eşgüdüm içinde yerine getirirler. Örneğin Dışişleri Bakanlığı'na bağlı bir büronun etkinlikleri arasında dünyadaki tıbbi gelişmelerle ilgili bilgiler toplamak ve bunları Sağlık Bakanlığı'na iletmek vardır. Bu büro, Sovyetler Birliği'nin *Milletler Ligi*'nin Hijyen Bölümü'ndeki (zamanın Dünya Sağlık Örgütü olarak kabul edilebilir) delegesi tarafından yönetilmektedir.[52]

---

[48] Firengi (y.n.)

[49] Çevre hijyeni ve salgınlarla ilgili (y.n.)

[50] Gantt, W.H. (1927a). *A Review of Medical Education in Soviet Russia*, sf: 198 - 200. British Medical Journal, 1(3447); Webb ve Webb, *age*, sf: 681

[51] Gantt, *age*, sf: 339

[52] Sigerist, *age*, sf: 114

Dr. Nikolay A. Semaşko

Dr. Nikolay A. Semaşko 1874'te Orlov'da doğdu. 1893'te Moskova'da tıp eğitimine başladı. Üçüncü sınıf öğrencisi iken politik etkinlikleri nedeniyle birkaç ay için hapse atıldı. Hapiste Fransızca öğrendi. Cezaevinden sonra doğduğu kente sürgün edildi. Sürgündeyken demiryolu işçileri için hafta sonları okuma-yazma kursları düzenledi. Okulda aynı zamanda Marksizm dersleri veriyordu. 1897'de sürgün cezası bitince Kazan Üniversitesi'nde tıp eğitimine kaldığı yerden devam etti. 1901 yılında politik etkinlikleri nedeniyle yeniden cezaevine kondu. Birkaç ay sonra serbest bırakıldığında tıp eğitimini tamamladı.

Samara'da hekimliğe başladı. 1904'te Nizni-Novgorod'a geçti ve burada yine tutuklanarak bir yıl için cezaevine kondu. Cezaevinden çıktıktan sonra Rusya'yı terk ederek Cenevre'ye göçtü. Burada Lenin ile beraber siyasal çalışmalarını sürdürdü. Daha sonra Paris'e geçtiler. Paris'te hekimliğin yanında politik çalışmalarını da sürdürdü ve Fransız polisinin dikkatini çektiğini fark ederek 1917 Nisan Devrimi'ne kadar hekimlik ve siyasal faaliyetlerini yürüttüğü Balkanlara geçti.

1917 Nisan Devrimi'nden sonra Rusya'ya girmek istedi, ancak Kerensky Hükümeti tarafından sınırda tutuklanarak birkaç ay cezaevinde kaldı. Eylül ayında Moskova'ya gelerek hekimliğe başladı. Zomoskovresky bölgesinden seçilerek Meclis'e girdi. 1917 Ekim Devrimi'ne katıldı ve devrimden sonra Moskova Şehri Sağlık Departmanı'nın başına geçti.

Lenin, Semaşko'dan Sağlık Bakanlığı oluşturulması için bir taslak hazırlamasını istedi. Semaşko sağlık hizmetlerini sosyalleştirmek istiyordu. Lenin'in desteği ile Bakanlık kuruldu ve Semaşko Sağlık Bakanı oldu.[53]

[53] Haines, *age.*

Sağlık Bakanlığı'nın Görev ve Yetkileri

Sovyetler Birliği'nde sağlık hizmetlerinin "yönetimi, planlaması ve gözetimi Sağlık Bakanlığı'nca üstlenilmiştir. Bütün Birlik'in bir Merkezi Sağlık Bakanlığı ve Cumhuriyetlerin her birinin kendi Sağlık Bakanlıkları vardır. Merkezi Sağlık Bakanlığı, Birlik'te genel sağlık politikasını oluşturur ve Cumhuriyetler tarafından uygulanmasını gözetir. Cumhuriyetlerin bakanlıkları, Merkezi Sağlık Bakanlığı'nın rehberliğinde, kendi bölgelerinde sağlık hizmetlerinin planlanmasından sorumludur."[54]

Sağlık Bakanlığı'nın görev ve yetkilerinin belirlendiği yasanın 1. maddesinde Bakanlık'ın görevi, *"bütün halk sağlığı sistemini yönetmek ve insanlar arasında halk sağlığı düzeyini yükseltmeye hizmet edecek bütün düzenlemeleri yapmak ve halk sağlığına uygun olmayan veya zararlı olan koşulları ortadan kaldırmak"*[55] olarak tanımlanmıştır.

İkinci madde bu görevleri ayrıntılandırmaktadır:

> "a. Ana ve bebek sağlığı, gençliğin beden eğitimi
> b. Hijyen düzenlemeleri, şehir ve toplum hijyeni, hijyen denetiminin örgütlenmesi,
> c. Sosyal ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü,
> d. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi
> e. Kızıl Ordu ve Deniz Kuvvetleri'nde sağlığın korunması
> f. Özürlülere ve çalışamayacak durumda olanlara rapor verilmesi, sağlık hukuku alanında danışmanlık
> g. Ülkede sağlık durumuna ilişkin istatistiklerin toplanması ve yayınlanması
> h. Halk sağlığı alanında bilimsel ve pratik sorunların araştırılması ve bu amaçla kurulan kurumların yönetimi
> i. Eğitim Bakanlığı'nın ilgili departmanıyla işbirliği içinde tıp eğitiminin örgütlenmesinde yer almak
> k. Hijyen eğitimini yaygınlaştırma tedbirleri
> l. İyileştirme ve hijyen kurumlarının bakımı (araçlar, tedavi gereçleri ve gerekli malzemelerle birlikte)

---

[54] WHO. (1960). *Health Services in the USSR*, sf: 10. World Health Organization Public Health Papers No. 3. (İsviçre'de basılmıştır); WHO. (1962). *Maternal and Child Health in the USSR*, sf: 12. World Health Organization. (İsviçre'de basılmıştır).

[55] Semaşko'dan aktaran Gregg, *age*, sf.: 219

m. Yeni halk sağlığı düzenlemeleri yayınlamak, ülkedeki bütün kurumlara ve vatandaşlara uygulamak ve mevcut düzenlemeleri geliştirmek
n. Hijyen çalışmalarına gözetim"[56]

Zaman içinde Sağlık Bakanlığı'nın görev ve yetkilerinde pek az değişiklik olmuştur. 1970 yılında yayınlanan bir Dünya Sağlık Örgütü yayınında Sağlık Bakanlığı'nın görevleri alttaki alıntıda sıralanmıştır:

"SSCB Sağlık Bakanlığı'nın Görevleri:
> Halkın sağlık durumunu değerlendirmek
> Halkın sağlığını korumak ve güçlendirmek için ulusal düzeyde önlemleri planlamak ve örgütlemek
> Hijyen için ulusal standartlar oluşturmak ve hijyen ve epidemiyoloji[57] hizmetlerinin sunumu için ulusal düzenlemeler yapmak
> Önleyici ve salgın kontrolü önlemlerini uygulamak ve koordine etmek
> Tıp alanında bilimsel çalışmaları ve araştırmaları planlamak, koordine etmek ve rehberlik etmek; tıp ve ilişkili bilimlerde (biyoloji, fizik, kimya, genetik vb.) elde edilen buluşları uygulamak
> Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin öğrenim, uzmanlaşma ve ileri öğrenimini örgütlemek ve rehberlik etmek
> Gerekli tıbbi bakım, tıbbi donanım ve hasta bakımında gerekli diğer tıbbi ve farmasötik[58] kurumları belirlemek ve bunların ülke düzeyinde ihtiyacı karşılamasını sağlamak
> Devlet farmakopesini[59] onaylamak
> Dünya Sağlık Örgütü ile ilişkileri sürdürmek ve diğer ülkelerle bilimsel ve teknik işbirliği yapmak."[60]

---

[56] Semaşko'dan aktaran Gregg, *age*, sf: 221
[57] Bulaşıcı hastalıkları inceleyen bilim dalı. (y.n.)
[58] Eczacılık (y.n.)
[59] Farmakope: İlaç üretiminde kullanılan etkin ve yardımcı maddelerin nitel ve nicel çözümleme yöntemlerinin yer aldığı yasal ve bilimsel olarak uyulması gereken ulusal kuralları ve yöntemleri içeren resmi kitap. (y.n.)
[60] WHO. (1970). *Postgraduate Education for Medical Personnel in the USSR*, sf: 12,14. Belgium: World Health Organization. (Belçika'da basılmıştır).

Sovyetler Birliği Sağlık Bakanları

Nikolay Semaşko 18.06.1918-31.01.1930	Mariya Kovrigina 03.03.1954-12.01.1959
Mihayil Vladimirskiy 31.01.1930-20.07.1934	Sergey Kuraşov 12.01.1959-27.08.1965
Grigoriy Kaminskiy 20.07.1934-19.01.1938	Boris Petrovskiy 08.09.1965-22.12.1980
Mihayil Boldyirev 19.01.1938-08.10.1939	Sergey Burenkov 22.12.1980-28.12.1986
Georgi Miterev 08.10.1939-25.02.1947	Yevgeniy Çazov 14.02.1987-29.03.1990
Yefim Smirnov 25.02.1947-06.03.1953	Yegor Denisov 18.04.1990-24.08.1991
Andrey Tretyakov 06.03.1953-03.03.1954	

2. Taşra Sağlık Yönetimi

Taşra sağlık yönetimi, Sovyetler Birliği'nin taşradaki idari yönetimini izlemektedir. Cumhuriyet'lerden oluşan Sovyetler Birliği, idari olarak cumhuriyetlerin altında önce oblast ve kraylara bölünmüştür. Bu oblast ve kraylar da kendi içlerinde kentsel ve kırsal rayonlara bölünürler.

Oblast ve kray: Oblast, Slavik ülkelerde belli bir idari birimi tanımlamakta kullanılan bir terimdir. Terim bağlama göre bölge, alan, eyalet şeklinde tercüme edilebilir. Sovyetler Birliği'nde oblastlar bir dereceye kadar özerk olduklarından eyalet kelimesi daha uygundur. Teknik olarak oblasttan farkı olmamasına karşın kray, sınırları içinde çok geniş kırsal alanlar barındırmasıyla oblasttan ayrılır. SSCB'yi oluşturan Cumhuriyetler, idari yönden yüzün üzerinde oblast ve kraya ayrılmıştır. Bunların nüfusları yarım milyondan birkaç milyona değişebilir.

Rayon: Sovyetler Birliği'nde oblast (veya kray) altında yer alan idari birimi tanımlamakta kullanılan bir terimdir. Terim bağlama göre bir şehrin bir bölgesi (mahalle, semt, ilçe) veya nüfusu büyük bir kırsal yerleşim için kullanılabilir. Oblast ve kraylar 4.500'ün üzerinde kırsal ve kent-

sel rayona ayrılır. Kırsal rayonlarda 40 bin kadar kırsal merkez (köyler, devlet çiftlikleri veya kollektif çiftlikler) bulunur.

Uçastok: Rayonlar altında yer alan sağlık bölgeleridir. Bir hekim tarafından hizmet sunulan bölgeyi tanımlar. Bir pratisyen hekimin uçastok bölgesi yaklaşık 4 bin kişiyi kapsar. Bir kadın-doğum hekiminin uçastok bölgesi 3 bin kadını ve bir çocuk hekiminin uçastok bölgesi 800–1000 çocuğu kapsar.[61]

Oblast ve rayonlarda sağlık yönetimi şu departmanlardan oluşmaktadır:

> Tedavi kurumları

> Denetim (Bu bölümde çok sayıda müfettiş ve müfettiş yardımcısı görevlidir)

> Anne ve çocukların bakımı (anaokulları, kreşler)

> Sanayi hijyeni, işyeri hekimliği

> Çocuk sağlığı, okul hijyeni

> Hijyenik yaşam koşulları

- Gıda ve beslenme
- Barınma
- Su ve atıklar
- Epidemiyoloji ve enfeksiyonların önlenmesi

> Bilimsel araştırma

> Halkın hijyen eğitimi

> Rasyonalizasyon (sorunlar üzerinde çalışılması ve çözümler bulunması için çeşitli kurumlarla işbirliği)

> Planlama (finansman ve istatistik dahil)

> Gıda destek ve kurumların bakım ve onarımı

> İnşaat[62]

Sovyetler Birliği'nde yerel sağlık yöneticileri büyük şehirlerde şehir hastanelerinin ve daha küçük şehirlerde ve kırsal alanlarda rayon hastanelerinin başhekimleridir. Böylece hem iyileştirici hizmetlerin hem

[61] WHO. (1970). *Postgraduate Education for Medical Personnel in the USSR*, sf: 10-11. Belgium: World Health Organization. (Belçika'da basılmıştır).

[62] Newsholme ve Kingsbury, *age*, 7. Bölüm

de koruyucu hizmetlerin yönetimi tek elde toplanmaktadır. Bu yöneticiler tam gün kurslar, tam gün kurslarla birleştirilmiş uzaktan eğitim ve ekstra-mural[63] kurslarla yetiştirilirler. Bu kursların programında şu konulara yer verilmektedir:

> Sosyal bilimler üzerine özel konular ve halk sağlığı hizmetleri tarihi
> Halk sağlığı hizmetlerinin teorik ve örgütsel temelleri, sosyal hijyenin bileşenleri, halk sağlığı hizmetleri teorisi, sağlık mevzuatı, yönetimin esasları ve yöntemleri, halk sağlığı hizmetlerinin planlanması ve finansmanı
> Tıbbi ve önleyici yardımın kentsel ve kırsal alanlarda örgütlenmesi, sanayi tesislerinde işçiler için sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, sakatlara ilişkin sorunlar, özelleşmiş bakımın (ana-çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklar vb.) örgütlenmesi
> Hijyen ve epidemiyolojik denetim çalışmalarının ve sağlık eğitiminin örgütlenmesi.[64]

Büyük şehirlerin kendi sağlık departmanları vardır ve bunlar da rayonlara ve sağlık bölgelerine (uçastok) ayrılırlar.[65]

Demokratik Sağlık Yönetimi

Yukarıdaki merkez ve taşra yönetim yapılanması, Sovyetler Birliği'nde de kararların sermayenin egemenliği altındaki ülkelerde olduğu gibi "tepeden" alınarak, "aşağı" doğru indiği ve uygulandığı izlenimi uyandırabilir. Oysa bu durum emeğin egemen olduğu bir ülkede mümkün değildir. Aksi takdirde Semaşko'nun "*işçilerin sağlığı işçilerin elinde olmalıdır*"[66] demesinin anlamı kalmazdı. Sovyet sağlık yönetiminde işçiler yalnızca söz değil, aynı zamanda karar sahibidirler. Sovyetler Birliği bir işçi dev-

[63] Okul dışına yönelik (y.n.)
[64] WHO. (1970). *Postgraduate Education for Medical Personnel in the USSR*, sf: 43. Belgium: World Health Organization. (Belçika'da basılmıştır).
[65] WHO. (1960). *Health Services in the USSR*, sf: 11. World Health Organization Public Health Papers No. 3. (İsviçre'de basılmıştır).
[66] Gantt, W.H. (1927b). *A Review of Medical Education in Soviet Russia*, sf: 338: British Medical Journal, 1(3450): 338 - 340.

leti olduğu için, uzmanlar, işçiler için neyin iyi olduğuna karar vermek ve uygulamak yerine, işçilere doğru karar verebilmeleri için danışmanlık yapmak, yol göstermek rolünü üstlenmişlerdir.

İşçi-köylü devletinin asıl yönetim organları "Sovyet" (konsey veya şura) kurumlarıdır ve ülkenin adı da buradan gelmektedir. Her Sovyet bir yönetici, bir işyeri komitesi veya yerel komite ve bir parti komitesi tarafından meydana gelen üçlü bir yapıdan oluşur:

- İşyeri komitesi veya yerel komite işyerinde veya bölgede bulunan herkes tarafından seçilir.
- Parti komitesi işyerinde çalışan veya bölgede oturan parti üyelerince oluşturulur.
- Yönetici ise işyerinin veya bölgenin (mahalle, semt vb.) yönetiminden sorumlu kişidir.

İşyerlerindeki veya bölgedeki insanların her şeyinden olduğu gibi sağlığından da bu yapılar sorumludur. İşyerlerinde veya bölgelerinde görevli hekimle işbirliği içinde emekçilere sunulan sağlık hizmetlerini geliştirmeye çalışırlar. Sosyal sigorta fonlarının en iyi şekilde nasıl kullanılacağına "Sovyet"ler karar verir. İşyerindeki ve bölgedeki hijyenik koşulları, sosyal hizmetleri, kreş ve anaokullarını ve okul çocuklarına verilen hizmetleri "Sovyet"ler denetler. Kimin dinlenme evine, sanatoryuma, sağlık tatil köyüne gönderileceğine karar verilirken hekimin yanında "Sovyet"ler kanalı ile işçilerin de sözü vardır.[67]

Kuşkusuz sağlık yönetiminin güçlü olmasının sağlık programlarının oluşturulmasında ve uygulanmasında rolü büyüktür; ancak bu programların başarısı, Sovyetlerin bu programları ne kadar benimsediğine ve sahip çıktığına bağlıdır. Sağlık önlemlerinin uygulanabilmesi, bu önlemlerin nesnesi olan insanların önlemlere yanıtına bağlıdır. Sovyet tıbbının hızla ilerlemesinin ve ülkenin sağlık sorunlarının inanılamayacak kadar kısa sürelerde çözümlenmesinin sırrı, emekçilerin sağlık hizmetlerine aktif katılımıdır.[68]

---

[67] Sigerist, *age*, sf: 107-108.
[68] Sigerist, *age*, sf: 108

Sosyal Devlet

Sosyalist devlet her şeyden önce sosyal devlettir. Sovyet Hükümeti, kuruluşunun henüz dördüncü gününde, 13 Kasım 1917'de, ileride Sovyet sağlık sisteminin üzerine inşa edileceği bir kararname yayınlamıştır:

> "1. İstisnasız bütün ücretli işçilere ve kent ve köy yoksullarına sigorta.
> 2. Sigorta bütün hastalık, yaralanma, vandalizm[69], yaşlılık, analık, dulluk, yetimlik ve işsizlik gibi bütün özürlülük türlerini kapsar.
> 3. Sigortanın bütün maliyeti işveren tarafından karşılanır.
> 4. Özürlülük veya işsizlik durumunda tam tazminat sağlanır.
> 5. Sigortalılar, sigorta kurumları üzerinde tam kontrole sahiptir."[70]

Böylece Sovyetler Birliği'nde yaşayan istihdam edilmiş veya edilememiş bütün emekçiler sosyal güvence altına alınmış; sağlık hizmetlerine ulaşım, bireylerin ödeme gücünden bağımsız hale getirilmiştir.

---

[69] Barbarlık, yıkıcılık (y.n.)
[70] Sigerist, *age,* sf: 85-86

SSCB'de Sağlık Hizmetlerine Yaklaşım

Sovyetler Birliği, sınırları içindeki herkese önleyici ve tedavi edici sağlık bakımı sağlamak üzere tasarlanmış bir örgütlenmeyi kuran ve çalıştıran ilk ülkedir.[71] Sovyetler Birliği'nde bütün tıbbi uygulamalar sosyalleştirilmiş olup, Sağlık Bakanlığı tarafından izlenir ve yönetilir. Klinik ve önleyici sağlık hizmetleri arasında bir ayrım yoktur. Halk sağlığı ve sağlık bakımı hizmeti tek elde toplanarak merkezileştirilmiştir, ancak ordu ve demiryolları tarafından yönetilen aynı ilkelerde örgütlenmiş ayrı bir sağlık örgütlenmesi de (askeri ve demiryolu birinci basamak sağlık örgütleri ve hastaneler) bulunmaktadır.[72]

Aslında hastanelerden bağımsız olarak, hekimlerin özel muayenehanelerine gidemeyen yoksullara ayaktan bakım hizmetleri sunacak sağlık merkezleri veya dispanser[73] düşüncesi 17. yüzyıla kadar uzanmaktadır. Avrupa'nın birçok ülkesinde ve Birleşik Devletler'de bu tür kurumlar yardımseverler, belediyeler veya gönüllü kuruluşlar tarafından kurulmuş ve çalıştırılmıştır. Diğer yandan yine bu ülkelerde koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlar, sağlık polisliği kurumları, zabıta kurumları da oluşturulmuştur. Ancak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütüncül olarak dispanserlerde sunulması uygulaması ilk kez

---

[71] Newsholme ve Kingsbury, *age*, Önsöz

[72] Newsholme ve Kingsbury, *age*, 7. Bölüm

[73] Sağlık ocağı (y.n.)

Sovyetler Birliği'nde 1918 yılında yaşama geçirilmiştir.[74]

Bunun nedeni, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin ardındaki motivasyonun farklı olmasıdır. Sovyetler Birliği'nde sağlık kurumları, ne hekimler tarafından kendilerinin ve ailelerinin geçimlerini sağlamak amacıyla, ne de hayırseverler tarafından yoksullara yardım için kurulmuşlardır. Buradaki motivasyon, insanlara anayasal bir hak olarak tanınan sağlık hakkından herkesin en iyi şekilde yararlanabileceği bir sağlık örgütlenmesini oluşturmaktır. Bu nedenle dispanserleri Sovyet insanının bir icadı olarak değil, fakat insanlığın binlerce yıllık hayalinin Sovyet insanı eliyle yaşama geçirilmesi olarak görmek gerekir.

Kuşkusuz sağlık hizmetlerinin bir maliyeti vardır ve kaynakların verimli kullanımı sosyalist bir toplum için de önemlidir. Ancak sosyalist bir toplumda sağlık harcamaları kapitalist ülkelerde olduğu gibi toplum üzerinde bir "yük" olarak görülmez. Bu anlayış farkı, Baumgartner ile dönemin Sovyetler Birliği Sağlık Bakanı arasındaki bir görüşmede billurlaşmaktadır:

> "Birisi ne zaman 'gerekli' olduğunu hissederse bir hekim randevusu alabilir. Sağlık Bakanı, birinin 'gereksiz' yere hekimi ziyaret etmesini hiç önemsemediğini, bu tür başvuruların daha önce şüphelenilmeyen bir sağlık sorununu ortaya çıkartabileceğini söyledi."[75]

Oysa sağlığın sermayenin gereksinimlerine göre örgütlendiği ülkelerde böylesi başvurular kullanıcı ücretleri, katkı payları gibi "caydırıcı" önlemlerle engellenmeye çalışılmaktadır. Tıbbın emeğin gereksinimlerine göre örgütlenmesiyle, sermayenin gereksinimlerine göre örgütlenmesi arasında bu denli büyük karşıtlıklar vardır.

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütüncül olarak sunulduğu dispanserler, her şeyden önce emeğin sağlık gereksinimlerine yanıt veren kurumlardır. Bir ülkede bu kurumların varlığı ve yaygınlığı, o ül-

---

[74] Roemer, M.I. (1972). *Evaluation of Community Health Centres*, sf: 13. World Health Organization. (İsviçre'de basılmıştır).

[75] Baumgartner, L. (1959). *What About Soviet Medicine and Public Health?*, sf: 592. American Journal of Public Health, Volume: 49, No: 5.

kedeki emeğin bilinç düzeyi ve örgütlülüğü ile doğru orantılıdır. Birinci Emperyalistlerarası Savaş sırasında emeğin yeryüzünün altıda birini ele geçirmesi, sermayenin egemenliğindeki ülkelerde emek hareketine moral vermiş, mücadelelerini yükseltmiştir ve bu ortamda sermaye, egemenliğini sürdürebilmek için emeğe tavizler vermek zorunda kalmıştır. 1920 yılında İngiltere'de emekçi ayaklanmalarının baskısı altında Lord Dawson başkanlığındaki bir konsey tarafından birincil sağlık bakımı ile önleyici hizmetlerin bütünleştirilmesine yönelik bir rapor hazırlanmıştır. Bir yıl sonra ise dispanser uygulaması New York ve Kaliforniya eyaletlerine ulaşmıştır.[76]

Rockefeller Vakfı, 1926 yılında Seylan'da (bugünkü Sri Lanka) dispanserler kurmuştur. Ancak bu dispanserler sadece koruyucu sağlık hizmetlerinin (aşılama, çevre sağlığı, sağlık eğitimi vb.) sunulduğu, birincil sağlık bakımının verilmediği merkezlerdir.[77] Bu alan özel muayenehanelere ve hayır kurumlarına terk edilmiştir. Asya, Afrika ve Latin Amerika halkları, gereksindikleri bütüncül sağlık bakımına ancak emperyalist zinciri kırabildikleri ve bağımsızlıklarına kavuşabildikleri zaman ulaşabilmişlerdir.

Türkiye bütüncül sağlık bakımına 1960 sonrasında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesiyle ulaşmıştır. Bu dönemde gerçekleştirilen sağlık reformuyla sağlık hizmetleri bir ölçüde de olsa emeğin gereksinimlerine göre örgütlenebilmiştir. Sağlık Evleri ve Sağlık Ocakları, Sovyet tipi sağlık sisteminden esintiler taşımaktadır. Türkiye'de bu kurumların etkinlikleri emeğin (Türkiye İşçi Partisi) parlamentoya girebildiği ve sınıf mücadelesinin zirveye ulaştığı dönemlerde doruğuna ulaşmış, 12 Eylül 1980 darbesiyle zayıflamış ve sosyalist sistemin çözülmesiyle birlikte sönme ve belki de emek yeniden dirilene kadar yok olma sürecine girmiştir.[78]

1. Koruyucu Hizmetler

Sovyet sağlık hizmetlerinin ve halk sağlığını korumak amacıyla yapılan düzenlemelerin temel ilkeleri, halk sağlığına ilişkin yüzden fazla kararnamenin altında imzası bulunan V. İ. Lenin ve Dr. N. Semaşko tarafından

[76] Roemer, *age*, sf: 12

[77] Roemer, *age*, sf: 12

[78] Daha kapsamlı bir çalışma için bkz. Aksakoğlu, G. (2008). *Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü*, sf: 7-62. Memleket Siyaset Yönetim, 8.

şekillendirilmiştir.[79] Sağlık Bakanlığı kurulur kurulmaz ilk iş olarak bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele etmek için İşçi Komiteleri kurulmuştur. Komitelerin görevi kamusal kurumları temizlik yönünden denetlemek, insanlara temizliği öğretmek, sabun dağıtmak ve bitle mücadele etmektir. 1919 yılında Lenin "ya sosyalizm biti yenecek, ya da bit sosyalizmi" diyerek bu mücadelenin önemini vurgulamıştır.[80]

Moskova'da 10 Haziran 1918'de *Birinci Bütün Rusya Tıp-Hijyen Departmanları Kongresi* toplanarak şu kararları almıştır:

> Hijyen yönetiminin merkezileştirilmesi
> Özel bir hijyen müfettişliğinin oluşturulması
> Halkın hijyen hizmetlerine daha kolay erişimini sağlamak
> Hijyen ve sağlık önlemlerinin alınmasında halkın geniş yardımını sağlamak.[81]

Sovyet yönetiminin sağlık anlayışı ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine ve sunumuna ilişkin tutumunu en iyi yansıtan belge, Sovyetler Birliği Komünist Partisi'nin 1919 yılında toplanan Sekizinci Kongre'sinde kabul edilen programının sağlığa ilişkin bölümüdür:

"Parti, toplum sağlığını koruma çalışmalarını esas olarak, hastalıkların gelişmesini önlemeyi amaçlayan yaygın sağlık ve hijyen önlemlerini yürütmek üzerine temellendirmiştir. Bu anlayışla Parti, çalışanların çıkarlarına hizmet edecek yaygın hijyen önlemleri programını belirler;

1. (a). Kentsel çevrenin temizlenmesi, toprak, su ve havanın kirlilikten korunması,
(b). Hijyenik temelde halk mutfaklarının oluşturulması
(c). Bulaşıcı hastalıkların gelişim ve yayılmasını önlemek için tedbirlerin alınması
(d). Sağlık mevzuatı oluşturulması

2. Toplumsal hastalıklara karşı kampanya: verem, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, alkolizm vb.

[79] Izmerov, *age*, sf: 13
[80] Sigerist, *age*, sf: 96
[81] Izmerov, *age*, sf: 13

3. Herkese yüksek standartlarda ücretsiz önleyici ve tedavi edici hizmetler."[82]

1920 yılında Çalışma Bakanlığı tarafından, yerleşim yerlerinin sanayinin zararlı etkilerinden korunması amacıyla bir kararname yayınlanmıştır. Bu kararnameyle sanayi bölgelerinin yerleşim yerlerinin uzağında kurulması yasalaştırılmıştır. 1921 yılında Moskova Hijyen Enstitüsü (Erisman Enstitüsü) ve 1923 yılında –daha sonra İş Hijyeni ve Meslek Hastalıkları adını alacak olan– Meslek Hastalıkları Araştırma Enstitüsü kurulmuştur.[83]

Rockefeller Vakfı tarafından 1913 yılında kurulan Uluslararası Sağlık Kurulu (International Health Board), dünyadaki halk sağlığı hareketlerini izleyen bir kuruluş olup, Sovyetler Birliği'ndeki gelişmeleri de yakından takip etmektedir. Kurul, Sovyet hükümetinin herkese ücretsiz sağlık bakımı sağlamasından, iyileştiricilik hizmetleri yerine önleyiciliğe önem vermesinden ve sağlık/hastalık anlayışında toplumsal faktörleri başa almaya dayalı halk sağlığı sistemi oluşturmasından memnun değildir. 1922 yılında Sovyetler Birliği'nde Toplumsal ve Meslek Hastalıkları Kliniği açılması karşısında bu hoşnutsuzluğunu açıkça dile getirerek, Sovyetler Birliği'ndeki halk sağlığı programlarına destek olmayacağını belirtmiştir.[84]

Bu yıllarda Sovyetler Birliği'nin içinde bulunduğu durumu aktaran Gantt,[85] bilim insanlarının Sovyet sağlık sistemini örgütleyebilmek için mum ışığında ve soğukta toplantılar yapmak zorunda kaldığını belirtmektedir. Maddi yokluklar nedeniyle araştırmacılar laboratuarların giderlerini kendi maaşlarıyla karşılamaktadırlar. Ancak iç savaşın sona ermesiyle durum düzelmeye başlamıştır.

Halk sağlığı hizmetlerinin yönetim organları şunlardır:

---

[82] Izmerov, *age*, sf: 14

[83] Izmerov, *age*, sf: 15

[84] Solomon, S.G. (2000). *'Through a Glass Darkly': The Rockefeller Foundation's International Health Board and Soviet Public Health.* Studies of History, Philosophy, Biology and Biomedical Science, Volume: 31, Issue: 3, sf: 409-410; Solomon, S.G. ve Krementsov, N. (2001). *Giving And Taking Across Borders: The Rockefeller Foundation And Russia, 1919–1928.* Minerva, Volume 39, No: 3, sf: 296-297

[85] Gantt, W.H. (1927a). *A Review of Medical Education in Soviet Russia.* British Medical Journal, 1(3447), sf: 199

> *Cumhuriyetlerin, oblastların ve rayonların Halk Sağlığı Departmanları:* Bölgelerdeki sağlık bakımı departmanlarıyla birlikte çalışırlar. Bütün çalışmalar, proletaryanın ve köylülerin aktif işbirliği ile yapılmak zorundadır. Bu nedenle yerel bürolardaki hijyen danışmanları sendika ve bilgi-kültür yayma birlikleri üyelerinden oluşur
> *Demiryolları Halk Sağlığı Bürosu:* Demiryollarında hijyen etkinliklerini düzenler
> *Deniz ve Nehir Ulaşımı Bölgesel Halk Sağlığı Büroları:* Sınırlardan bulaşıcı hastalıkların girmesinin önlenmesinden sorumludur
> *Sağlık Dinlenme Evleri Yönetimi*
> *Askeri Halk Sağlığı Büroları*[86]

"Sovyetler Birliği'nde bütün epidemiyoloji ve hijyen hizmetleri, başında SSCB Sağlık Bakanı yardımcısının bulunduğu Devlet Hijyen Müfettişliği tarafından yönetilir ve denetlenir. Devlet Hijyen Müfettişliği şu bölümlerden oluşur:
> Hijyen bölümü
  > Çevre hijyeni kısmı
  > Sanayi hijyeni kısmı
  > Çocuk hijyeni kısmı
  > Sağlık eğitimi kısmı
> Epidemiyoloji bölümü
> Tehlikeli bulaşıcı hastalıklar bölümü
Her cumhuriyetin Hijyen Müfettişliği vardır ve Devlet Hijyen Müfettişliği ile aynı örgütlenme yapısına sahiptir. Ayrıca oblast/kray, şehir/rayon düzeylerinde sanepid istasyonları ağı vardır."[87]

Sanepid İstasyonlar

Hastalıkların önlenmesi Sovyet sağlık bakımı sisteminin merkezinde yer alır ve sağlık sistemi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, çevre sağlığı ile çocuk ve ergen bakımına öncelik verir. Bu önleyici tıp

[86] Semaşko'dan aktaran Gregg, *age*, sf: 223-225
[87] WHO. (1960). *Health Services in the USSR*, sf: 21. World Health Organization Public Health Papers No. 3. (İsviçre'de basılmıştır).

uygulamalarının merkezinde ise sanepid istasyonları (Sanitary ve Epidemiological kelimelerinden türetilmiştir) yer almaktadır. Sanepid istasyonları, *potansiyel olarak önlenebilecek bütün sağlık sorunlarının sürveyansından*[88] *ve kontrolünden sorumlu*, ülkenin her köşesine yayılmış halk sağlığı merkezleri ağıdır.[89]

Sanepid istasyonu hizmetleri ülkenin tedavi edici sağlık hizmetlerinden ayrı olup, ülkenin sağlık bütçesinin ve sağlık emekgücünün yüzde on kadarına sahiptir.[90] Sanepid istasyonları cumhuriyetler, oblastlar veya kraylar, şehirler veya rayonlar bazında idari ve coğrafi olarak örgütlenmişlerdir. Her düzeyde bir Sağlık Müdürü bulunur ve rayon/şehir veya oblast/kray ölçeğinde bütün koruyucu sağlık uygulamalarından sorumludur. Rayon/şehir istasyonları oblast/kray istasyonlarına ve oblast/kray istasyonları, cumhuriyet istasyonlarına ve en üstte Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır. Hastaların kabul edilmediği bu istasyonlar, programlarını yerel dispanserler veya okul hekimlikleri aracılığı ile uygulamaktadırlar.[91]

İlk sanepid istasyonu, 29 Ekim 1922'de Gomel Sanitasyon ve Epidemiyoloji Departmanı'nın girişimiyle kurulmuştur.[92] Sanepid kavramı şunlardan oluşur:

> Devlet hijyen ve sağlığı iyileştirme önlemleri

> Sağlık mevzuatı

> Sanepid merkezlerinin ve ulusal sağlık hizmetlerinin kurum ve organlarının uygulamalı etkinlikleri

> Bilimsel araştırma

> Hijyen ve epidemiyoloji uzmanlarının eğitimi

> Sağlığın iyileştirilmesi ve önleyici tedbirlerin alınması ve uygulanmasında halkın katılımı

> Halk arasında sağlık ve hijyen bilgisinin yaygınlaştırılması[93]

---

[88] Denetim, gözetim (y.n.)

[89] Glass, R.I. (1976). *The Sanepid Service in the USSR*, sf: 154. Public Health Reports, 91(2).

[90] Glass, *age*, sf: 157

[91] Izmerov, *age*, sf: 90; Glass, *age*, sf: 155-156

[92] Izmerov, *age*, sf: 91

[93] Izmerov, *age*, sf: 90

Tıp fakültelerinin bir bölümü (Hijyen Tıp Fakülteleri) bu istasyonlarda görev alacak hekimleri yetiştirmek üzere özelleşmişlerdir.[94] Bu hekimler daha sonra İleri Tıp Eğitimi Enstitülerinde hava kirliliği, su kaynaklarının korunması ve şehir planlaması gibi alanlarda ikincil uzmanlık eğitimi alabilmektedirler.[95] Sanepid istasyonlarının personeli her iki yılda bir düzenlenen tazeleme kurslarına katılırlar.[96]

1940 sonuna kadar Sovyetler Birliği'nde 11.121 hijyen veya halk sağlığı hekimi ve diğer sağlık emekçilerinin görev yaptığı 1.958 sanepid istasyonu kurulmuştur.[97] 1950'lerde Sovyetler Birliği'nde hastalık kalıpları değişmiştir. Bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasından sonra şehirleşme ve sanayileşmenin getirdiği çevre sağlığı sorunları daha da öne çıkmıştır. Dolayısıyla bu dönemde şehirleşme ve sanayileşmenin ortaya çıkarttığı sağlık sorunları sanepid istasyonlarının gündeminde ilk sıralara yerleşmiştir.[98]

1950'lerde özellikle meslek hastalıklarına ilişkin çalışmalar yoğunlaşmıştır. Bu gelişmeler sanepid istasyonlarında görevli hekimlerin de işlevlerini değiştirmiştir Artık sanayi ve şehirleşme alanlarında plan ve projelerin sağlık bakımından değerlendirilmesi için belediye meclislerinde yer almaktadırlar.[99] Böylece bu hekimlerin görevleri arasına, bulaşıcı hastalıkların kontrolüne ek olarak çevre hekimliği, sanayi hekimliği ve kentleşmede sağlık danışmanlığı görevleri eklenmiştir.[100] Parran 1957 yılı için sanepid istasyonların sayısını 2.700 olarak vermektedir.[101]

Sanepid istasyonlarında 1960'larda hekimler ve hijyen feldsherleri dışında akustik, gaz kirleticilerin temizlenmesi, su sağlanması ve kanalizasyon, ısıtma ve havalandırma, sanayi ve konut inşaatı, hidrolik ve yeşil

---

[94] Izmerov, *age*, sf: 94; Glass, *age*, sf: 155

[95] Izmerov, *age*, sf: 96

[96] (WHO, 1960: 23).

[97] Izmerov, *age*, sf:14

[98] Daha ayrıntılı bilgi için bkz: Goromosov (1968)

[99] WHO. (1964). *Housing Programmes: The Role of Public Health Agencies*, sf: 47-52. World Health Organization. (İsviçre'de basılmıştır).

[100] Glass, *age*, sf: 155

[101] Parran, T. (1958). *Public Health inside the USSR*, sf: 612. American Journal of Public Health. 48(5).

alanlar konularında uzman mühendisler, istatistikçiler, kimyagerler, biyologlar ve diğer uzmanlar görev almaktadır.[102]

Sanepid istasyonları yalnızca veri toplamak ve analiz etmekle yetinmeyip, aynı zamanda bulaşıcı hastalıkların önlenmesinin örgütlenmesi, uygulanması ve planların yürütülmesinde aktif rol almaktadır. İstasyonların etkinlikleri arasında;

> Kitlesel zorunlu aşılama,
> Su kaynaklarının sağlığa uygun olarak korunması,
> Atıkların sağlığa uygun olarak ortadan kaldırılması,
> Sıtma sürveyansı
> Süt pastörizasyonu kampanyaları bulunmaktadır.

BCG[103] ve çiçek aşıları zorunlu; polio[104], difteri[105] ve boğmaca aşıları gönüllülük esasına dayalı olarak uygulanmaktadır. Ayrıca ensefalit[106], brusella[107], tifo[108], tularemi[109] ve grip aşıları yerel epidemiyolojik koşullara göre uygulanmaktadır. Enfeksiyonların ve bulaşıcı hastalıkların kontrolünde özelleşmiş dispanserizasyon[110] veya hastaların tedavisinin sağlık kurumları tarafından yakından izlenmesi önemlidir. Tüberküloz ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar (sifiliz ve bel soğukluğu) daima özel kliniklerde ve ayaktan tedavi kurumlarında iyileşmenin tamamıyla sağlanması amacıyla izlenir. Gerektiğinde sıtma, brusella ve trahom[111] salgınlarında da özelleşmiş dispanserizasyon uygulanmıştır.[112]

Sovyet hükümetinin bulaşıcı hastalıklarla mücadelede izlediği yöntem-

---

102 Izmerov, *age*, sf. 96
103 Tüberküloz (verem) aşısı (y.n.)
104 Çocuk felci (y.n.)
105 Kuş palazı (y.n.)
106 Beyin ve yardımcı organları içine alan bölgenin iltahaplanması. (y.n.)
107 Süt ürünlerinden bulaşan bir hastalık. (y.n.)
108 Kirli sulardan bulaşan bir bağırsak hastalığı, karahumma. (y.n.)
109 Çoğunlukla kenelerle bulaşan ateşli hastalık. (y.n.)
110 Toplumun düzenli sağlık taramasından geçirilerek izlenmesi yöntemi. (y.n.)
111 Körlükle sonuçlanabilen bulaşıcı göz hastalığı. (y.n.)
112 WHO. (1960). *Health Services in the USSR*, sf. 22-23. World Health Organization Public Health Papers No. 3. (İsviçre'de basılmıştır).

lere örnek olarak sıtma mücadelesinin örgütlenmesi verilebilir:

> Hastaların sağlık kartıyla kaydedilme zorunluluğu getirilmesi

> 1922 yılında Moskova'da, büyük şehirlerde de şubeleri olan bir Sıtma Enstitüsü açılması

> 1921-1925 arasında 113 Sıtma Mücadele İstasyonu açılması (bunlar birincil birimleri oluşturmakta ve bir dispanser, klinik gözlem için küçük bir bölüm, bir laboratuar ve hijyen eğitimi için bir salondan oluşmaktadır.)

> Çalışmanın Moskova'daki bir merkezi komisyon ve bütün Rusya'daki alt-komisyonlardan yürütülmesi

> Diğer hükümet departmanlarıyla zorunlu işbirliği

> Okullarda, sinemalarda, gazeteler aracılığıyla ve fabrikalarda eğitim

> Kinine[113] vergi istisnası ve belli miktarlarda (1923'te 10 bin kilo) ücretsiz dağıtımı[114]

Hijyen çalışmalarının ana amacı, yaşam ve çalışma alanlarının belirli hijyen standartlarını karşılamasıdır. Hijyen çalışmalarının ana işlevleri;

> Sanayi veya evsel atıklardan kaynaklanan çevre kirliliğini (hava, su ve toprak) önlemek ve ortadan kaldırmak için önlemlerin alınmasını sağlamak ve topluma daha sağlıklı yaşam, çalışma ve eğitim koşulları sunmak

> Hastalıkları önlemek için tedbirlerin alınmasını ve uygulanmasını sağlamaktır.[115]

Sovyetler Birliği'nde 1960'larda 5.230 hijyen-epidemiyoloji istasyonu olup, 2.873'ü kentsel ve 2.357'si kırsal alanda bulunmaktadır. Ortalama her 40 bin kişiye bir istasyon düşmektedir.[116] 1970 yılında kentsel sanepid istasyonlarının sayısı 4.619'a ulaşmıştır.[117] 1970'lerin ortalarında

[113] Kınakınadan elde edilen ve sıtma tedavisinde kullanılan bir madde. (y.n.)

[114] Gantt, W.H. (1927b). *A Review of Medical Education in Soviet Russia*, sf: 338. British Medical Journal, 1(3450).

[115] Izmerov, *age*, sf: 86

[116] WHO. (1960). *Health Services in the USSR*, sf: 22. World Health Organization Public Health Papers No. 3. (İsviçre'de basılmıştır).

[117] Izmerov, *age*, sf: 91

Sovyetler Birliği'nde kentsel alanlarda 4.800'den fazla sanepid istasyonunda 37.641 hekim (epidemiyologlar, bakteriyologlar, halk sağlığı hekimleri, halk sağlığının çeşitli dallarına uzmanı hekimler vb.) ve 30 binden fazla sağlık emekçisi (feldsherler vb.) görevlidir.[118]

Sanepid hizmetlerine bağlı ülke ve bölge ölçeklerinde örgütlü araştırma enstitüleri vardır. Enstitülerin görevleri arasında çevre sağlığı ve sanayi sağlığı için standartlar belirlemek ve özgün sorunların çözümü için (örneğin yeni kurulacak bir fabrikanın sağlık bakımından tasarımı) çalışmalar yapmak yer almaktadır. Enstitülerin ürettiği rehberler ve uygulamalar, istasyon hekimleri tarafından yaşama geçirilir.[119]

a. Oblast/kray sanepid istasyonu:

> Örgütlenme Departmanı
> Sanitasyon ve Hijyen Departmanı
- Toplum Sanitasyonu Bölümü
- Mesleki Hijyen Bölümü
- Gıda Hijyeni Bölümü
- Çocuk ve Ergen Hijyeni Bölümü
- Radyoloji Grubu
- Laboratuar
  » Toplum Sanitasyonu Bölümü
  Mesleki Hijyen Bölümü
  » Gıda Hijyeni Bölümü
  Biyokimyasal Tetkik Bölümü
  » Toksikoloji Bölümü
  » Çevre ve Gıdalarda Pestisid[120] Kalıntısı Belirleme Bölümü

> Epidemiyoloji Departmanı
- Salgın Kontrolü Bölümü
- Parazitoloji Bölümü
- Bakteriyoloji Laboratuarı

[118] Izmerov, *age*, sf: 90; Glass, *age*, sf: 155-156
[119] Glass, *age*, sf: 156
[120] Zararlıları öldürmek için kullanılan maddelerin genel adı. (y.n.)

> Çok Tehlikeli Enfeksiyonlar Departmanı
> Dezenfeksiyon Departmanı
- Önleyici Dezenfeksiyon
- Dezenfeksiyon
- Kemirgen Kontrolü[121]

b. ***Rayon/şehir sanepid istasyonu çalışmaları:*** Rayon/Şehir sanepid istasyonu önlenebilir hastalıkların yerel sürveyans ve kontrolünde temel birimdir. Kırsal istasyonlar ortalama 150 bin kadar bir nüfusa hizmet sunarlar ve hekimler ağırlıkla tarımsal kimyasalların kullanımı, atık sularda pestisid kalıntıları veya tarımsal ürünlerin sağlığa uygunluğu gibi yerel sorunlarla ilgilenirler.

Kentsel istasyonlar en çok 500 bine kadar bir nüfusa hizmet sunar ve kırsal istasyonlardan daha fazla sağlık emekçisi istihdam edilir. Hekimler ağırlıkla hava kirliliği ve meslek hastalıklarını izler, arazilerin kullanımını, yeni konut, sanayi inşaatlarını ve ulaşımı sağlık bakımından değerlendirir.

Kırsal alanda örgütlü bir rayon sanepid merkezinin yapısı şöyledir:

> Sanitasyon ve Hijyen Departmanı: Çevrenin korunması (hava kirliliği dahil)
> Epidemiyoloji Departmanı
- Epidemiyoloji Laboratuarı
- Dezenfeksiyon Bölümü
   » Önleyici dezenfeksiyon
   Dezenfeksiyon
   Kemirgen kontrolü[122]

Bütün rayon istasyonları bulaşıcı hastalıkları, çocuk ve ergen sağlığını, gıda ve su temizliğini ve bölgelerine özgü mesleki ve çevresel sağlık sorunlarını izlerler. Bölgelerindeki hastalıkların önlenmesine ilişkin veri toplanmasında ve yeni projelere sağlık danışmanlığında önemli bir rol oynarlar. Aynı zamanda belediye meclisinin üyesidirler.[123]

---

121 Izmerov, *age*, sf: 91
122 Izmerov, *age*, sf: 90
123 Glass, *age*, sf: 156

Tablo 1: 250 bin Nüfuslu Kentsel Bir Sanayi Rayonunda Sanepid İstasyonu

Daire	Personel	Görev
Müdür	Şef Halk Sağlıkçı	İstasyon müdürü, rayonun halk sağlığı danışmanı
Sanayi sağlığı	2 Hekim	Çalışma alanlarının izlemi, işleklerde kimyasalların kabul edilebilir azami yoğunluğunu denetim
Gıda sağlığı	2 Hekim, 3 Feldsher	Gıda üretim ve satış yerlerinin biyolojik ve kimyasal denetimi
Çevre sağlığı	2 Hekim, 3 Feldsher	Hava, su ve toprak kirliliğini izleme, yasaların uygulanması, yeni konut ve sanayi planlarının değerlendirilmesi
Hijyen, çocuk ve ergen sağlığı	1 Uzman hekim, 2 Feldsher	Bulaşıcı hastalık kontrolü, okullarda sağlık denetimi
Gıda Laboratuarı	1 Uzman hekim	
Sanayi toksikoloji lab.	2 Uzman hekim, 3 Feldsher	
Hava ve su kirliliği lab.	3 Uzman hekim	
Epidemiyoloji lab.	4 Uzman hekim, 12 Feldsher	
Bakteriyoloji lab.	3 Uzman hekim, 6 Feldsher	
Parazitoloji lab.	1 Uzman hekim	

Kaynak: Glass (1975), age, sf: 157

Sovyetler Birliği, yeryüzünde hava kirliliğinin kontrolü için adım atan, atmosferik kirleticiler için azami kabul edilebilir yoğunlukları belirleyen ilk ülke olup, bu alanda yürüttüğü çalışmalar Dünya Sağlık Örgütü tarafından diğer ülkelere örnek gösterilmiştir.[124]

2. Sağlık Bakımı

Devrimden sonra Rusya'nın muayenehane hekimliği ve özel hastaneler ve yerel Zemstvo'lar temelinde örgütlenmiş sağlık sisteminin yerini alan kamusal bir sağlık örgütlenmesine gidilmiş ve Sovyetler Birliği'ne özgü olan, emeğin gereksinimlerine göre örgütlenmiş Sovyet tipi sağlık kurumları oluşturulmuştur. Hizmetler, Sovyet sağlık anlayışına göre örgütlenmiş ve üç alanda yoğunlaşmıştır: erişkin emekçi sağlığı, ana-çocuk sağlığı ve hijyen.[125]

Sovyetler birliğinde sağlık bakımında izlenen süreçler şöyle özetlenebilir:

> İşyerlerinde emekçilere, okullarda öğrencilere, bölgelerde bölge sakinlerine, orduda askerlere düzenli periyodik sağlık muayeneleri

> Hastanın evinde (hastaların az bir kısmı) bakım

> Fabrikalar veya çalıştıkları diğer kurumlarda bakım

> Dispanser ve polikliniklerde ayaktan bakım

> Daha ciddi hastalıklarda hastanelerde veya diğer yataklı (sanatoryumlar) kurumlarda bakım

> Nekahat dönemlerinde dinlenme evlerinde bakım

Sovyetler Birliği'ndeki tedavi kurumları şöyle sıralanabilir:

> Genel dispanserler

> Tüberküloz, ana-çocuk sağlığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar dispanserleri

> Poliklinikler

> Genel hastaneler

---

124 Izmerov, *age*, sf: 9

125 WHO. (1960). *Health Services in the USSR*, sf: 12. World Health Organization Public Health Papers No. 3. (İsviçre'de basılmıştır).

> Uzmanlaşmış hastaneler (Çocuk hastanesi, doğum hastanesi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar hastanesi vb.)
> Sanatoryumlar (tüberküloz vb.)
> Gece sanatoryumları (gündüzleri çalışan, tedavileri gece sürdürülen hastalar için)
> Eğitim hastaneleri[126]

Semaşko 1923 yılında Berlin'de bir konferansta yaptığı konuşmada Sovyetler Birliği'nde sürdürülen sağlık bakımı çalışmaları hakkında şu bilgileri vermiştir:

> "Çalışmalarımızda iki farklı hastalık kategorisi arasında ayrım yapmalıyız: bir yanda salgınlar, diğer yanda sosyal hastalıklar. Elimizdeki kısıtlı kaynaklar, sosyal hastalık vakalarının çoğuna uygun sanatoryum tedavisi sunmamıza olanak vermediğinden, mobil dispanserler oluşturduk. Bu dispanserler fabrikalara giderek hastaları bulmakta ve tedavi etmektedir. Mobil dispanserlerimiz ve diğer halk sağlığı birimlerimiz işçi örgütleriyle yakın ilişki içinde çalışmaktadırlar. Dispanserlerin yanında sanatoryumlarda özellikle hasta çocukların bakımı yapılmaktadır.
> Diğer bir çalışma alanı ana-çocuk sağlığının korunmasıdır. Bu amaçla bütün büyük şehirlerde danışma merkezleri açılmıştır. Bunlar danışmanlık hizmeti yanında uygulamalı çalışma da yapmaktadırlar. Çocuk sağlığı yalnızca çocuklarla sınırlı değildir. Gençlerin sağlığına ilişkin çalışmaların planlanmasında gençler de temsil edilmektedir. Beden eğitimine özel önem verilmektedir. Savaş ve kıtlık nedeniyle ortada kalan 2 milyon çocuktan 1 milyon 300 bini şimdiye kadar evlere yerleştirilmiştir."[127]

1917-1949 Dönemi

a. ***Bölge/nüfus tabanlı sağlık birimleri-dispanser ve poliklinikler:*** Sovyetler Birliği'nde 1949 yılına kadar işyeri sağlık birimleri yanında, in-

---

[126] Newsholme ve Kingsbury, *age*, 7. Bölüm

[127] Semaşko, N.A. (1923). *The Work of The Public Health Authorities in Soviet Russia*. The Communist Review, 4 (2). Marxist Internet Archive. (Erişim: 02 Mayıs 2010).

sanların çalıştıkları ve ikamet ettikleri bölgelerde bölge/nüfus tabanlı dispanserler ve polikliniklerde ayaktan bakım hizmetleri sunulmuştur. İşçiler diledikleri takdirde işyerlerindeki dispanser ve poliklinikler yerine, evlerine yakın dispanser ve polikliniklerden sağlık bakımı alabilirler.

> "Tıbbi bakımın dispanserlerde ve polikliniklerde yoğunlaştığı Sovyetler Birliği'nde, hekim hiçbir zaman mesleğini izole olarak icra etmez. Dispanserler önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütünleştirildiği belli bir bölgeye hizmet sunan sağlık kurumlarıdır."[128]

Polikliniklere işyeri hekimliklerinden ve dispanserlerden sevk edilen hastalar kabul edilir. Bu hastaların prognozu,[129] kayıtların tutulduğu dispanserlere geri bildirilir. Eğer hasta bir işyerinde çalışıyorsa, dispanser de işyeri hekimliğine bildirir. Poliklinik hekimleri gerektiğinde hastaları evlerinde muayene ederler.

Poliklinik binaları dört katlıdır:

> Zemin katta kayıt, dinlenme odası, yemek odası, radyoloji tanı ve tedavi ofisleri yer alır.

> Birinci kat, cerrahi, üroloji ve ortopedi polikliniklerinden, biyokimya ve bakteriyoloji laboratuarından, dört yaş altı çocuk polikliniğinden ve hekim odalarından oluşur.

> İkinci katta, meslek hastalıkları polikliniği, fizik tedavi, nöropsikiyatri, antinarkotik tedavi odası, kadın hastalıkları ve prenatal[130] bakım polikliniği, aile planlaması polikliniği ve jimnastik salonu yer alır.

> Üçüncü katta, göz ve kulak-burun-boğaz poliklinikleri, inhalatör[131] tedavi odası, hijyen danışma, diş bölümü ve dört yaş üzeri çocuk polikliniği vardır.[132]

---

[128] Newsholme ve Kingsbury, *age*, 18. Bölüm

[129] Hastalığın gidişatı. (y.n.)

[130] Doğum öncesi. (y.n.)

[131] Solunum cihazı. (y.n.)

[132] Newsholme ve Kingsbury, *age*, 19. Bölüm

Polikliniklerde hekimler bir saat içinde en çok altı hasta kabul edebilir. Hekimler günde 6 veya 6,5 saat çalışır ve her beşinci gün tatil yaparlar. Röntgen uzmanları günde 4 saat çalışır. Hekimler de diğer çalışanlar gibi yılda iki hafta izin kullanırlar. Radyoloji uzmanlarının izinleri daha uzundur. Kırsal kesimlerde çalışan hekimler üç yılda bir daha uzun izin kullanır.[133] Hekimlerin yeri ancak afet durumlarında istekleri dışında değiştirilebilir.[134]

b. ***Hastaneler:*** Sovyetler Birliği'nde 1917 Ekim Devrimi'yle birlikte hastaneler de devletleştirilerek daha sonra kurulan Sağlık Bakanlığı'nın yönetimine verilmiştir.[135] Hastanelere İşyeri Tıbbi Kontrol Komiteleri, dispanserler ve polikliniklerden sevk edilen hastalar kabul edilir. Prognoz dispanserlere geri bildirilir. Sovyetler Birliği'nde genel hizmet hastaneleri ve uzmanlaşmış hastaneler bulunur. Doğumlar doğum hastanelerinde veya genel hastanelerin doğum kliniklerinde yapılır.[136]

c. ***Sanatoryumlar ve dinlenme evleri:*** Sanatoryumlar, tedavisi uzun süren hastaların (tüberküloz, cinsel yolla bulaşan hastalıklar vb.) kabul edildiği uzmanlaşmış yataklı tedavi kurumlarıdır. Sovyetler Birliği'nde yaygın olarak bulunan dinlenme evleri, hastaların nekahat dönemlerini geçirdikleri yataklı tedavi kurumlarıdır. Bu kurumlar aynı zamanda işçilerin yılda iki hafta tatil amaçlı ücretsiz dinlenebildikleri mekanlardır.[137]

d. Eğitim hastaneleri: Eğitim hastaneleri, ikinci basamak yataklı tedavi kurumlarından sevk edilen hastaları kabul eder.[138] Bütün sağlık kurumlarında tıbbi bakım önceliği işçilere ve tarım emekçilerine verilmektedir.[139]

---

133 Newsholme ve Kingsbury, *age*, 18. Bölüm

134 Newsholme ve Kingsbury, *age*, 19. Bölüm

135 Bridgman, R.F. ve Roemer, M.I. (1973). *Hospital Legislation and Hospital Systems*, sf: 135-136. World Health Organization. (Fransa'da basılmıştır).

136 Newsholme ve Kingsbury, *age*, 19. Bölüm

137 Newsholme ve Kingsbury, *age*, 20. Bölüm

138 Newsholme ve Kingsbury, *age*, 19. Bölüm

139 Newsholme ve Kingsbury, *age*, 7. Bölüm

e. Savaş hekimliği: Kuşkusuz bu dönemin en önemli olayı yıllarca süren ve 20 milyon Sovyet insanının yaşamına mal olan Emperyalistlerarası İkinci Savaş'tır. Bu dönemde askeri sağlık hizmetleri öne çıkmış ve ülkenin bütün kaynakları gibi sağlık kaynakları da faşizmin yenilmesi için kullanılmıştır. 1941 yılında Nazi işgali başladığında Kızıl Ordu'nun sağlık birimleri ordugah ve cephe hastaneleri, yaralı ayırma istasyonları ve salgınlara karşı kurumlar oluşturmuşlardır. Bütün sağlık emekçileri, savaş koşullarının sağlık hizmeti gereksinimlerine göre eğitimden geçirilmişlerdir.[140] Bu süreçte Sovyet tıbbı, özellikle cerrahi branşlarda önemli birikimler oluşturmuş ve deneyimlerini savaş sonrasında sivil yaşama aktarmıştır.

1949 Sonrası

1950'lerde sağlık bakımına ilişkin en önemli değişim, dispanserler ve poliklinikler ile hastanelerin ayaktan bakım birimlerinin birleştirilerek, sağlık bakımının büyük sağlık komplekslerinde sunulmaya başlanmasıdır. Böylece dispanserlerde görevli hekimlerin hastane olanaklarından daha fazla yararlanmaları ve hastanelerde görevli uzman hekimlerin dispanserlerde çalışmaları sağlanmıştır. *Pravda*'nın 6 Ocak 1949 tarihli nüshasından alıntı yapan Gillies, dispanserlerin hastaneler ve kliniklerle birleştirildiğini, bu birleşme sonucu kliniklerdeki on binlerce uzmanın polikliniklere indiğini anlatmaktadır.[141]

a. Kentsel alanlar: Kentsel alanlarda sağlık bakımı üç düzeyde sunulur:

> Sağlık bölgeleri (uçastok)
> Rayon hastaneleri
> Özelleşmiş merkezi hastaneler

Sağlık bölgesi birimleri (uçastoklar): Rayon sağlık bakımından 3-4 bin kişiye hizmet sunan bir dizi sağlık bölgesine bölünür. Her bölgeye bir he-

[140] Smirnov, Y. (1945). *Medical Corps in Red Army Operations*, sf: 175. British Medical Journal, 1(4388): 175-177.
[141] Gillies, M.T. (1949). *A Medical View of the Soviet Union*, sf: 1038. British Medical Journal.

kim ve bir hemşire hizmet sunar. Sağlık bölgesindeki önleyici ve iyileştirici hizmetler ve hijyen hizmetlerinden sorumludur. Hijyen hizmetlerine rayon hastanesinin sanepid istasyonunda görevli hijyen hekimi yardımcı olur. Sağlık bölgesi (uçastok) hekiminin görevleri:

> Hastalıkları erken aşamada tespit etmek
> Enfeksiyon odaklarının kontrolü
> Önleyici bağışıklamaya gözetim
> Çevre sağlığını iyileştirmek
> Hastaları tedavi etmek ve gerektiğinde hastaneye sevk etmek
> Yardımcı gönüllüleri örgütlemek
> Sağlık eğitimi programlarını yürütmek

Uçastok hekimlerinin ofisleri rayon hastanesi poliklinikleridir. Zamanlarının bir bölümünü bu polikliniklerde, bir bölümünü sorumlulukları altındaki bölgelerdeki evlerde geçirirler.[142] Uçastok hekimleri günde 6,5 saat mesai yaparlar. Diğer sağlık emekçilerinin mesaisi Sovyetler Birliği'ndeki bütün emekçilerinki gibi 7 saattir. Ancak maden işçiliği gibi ağır işlerde mesai günde 6 saattir.[143] Her bölge hekiminin, yılda 2 ay hastane kliniklerinde görevlendirilerek, hastane uygulamalarını yakından izlemesi sağlanır. Uçastok hekiminin mesaisi şöyledir:

> 3 saat poliklinik çalışma (kendi bölgesinden gelen sağlam ve hastalar)
> 3 saat ev ziyareti (kendi bölgesindeki sağlam ve hastaların ziyareti)
> ½ saat sağlık eğitimi (bireylere, gruplara veya geniş topluluklara yönelik)

Uçastok hekimi poliklinikte günde ortalama 15 hasta (saatte 5 hasta) kabul eder ve günde 6 ev ziyareti yapar. Bölge ziyaretlerinde hekime bir araç ve bir şoför sağlanır ve bir hemşire eşlik eder.[144]

---

[142] WHO. (1960). *Health Services in the USSR*, sf: 15-16. World Health Organization Public Health Papers No. 3. (İsviçre'de basılmıştır).

[143] US Public Health Service. (1962). *Report of the Medical Exchange Mission to the USSR: Maternal and Child Care*, sf: 35. Public Health Service Publication No. 954.

[144] BMJ. (1954). *British Doctors in Russia*, sf: 863-864. British Medical Journal, Oct 9, 1954; WHO. (1960). *Health Services in the USSR*, sf: 17. World Health Organization Public Health

Rayon hastaneleri ortalama 70-150 bin nüfusa hizmet sunar. Başhekimleri aynı zamanda rayonun sağlık yöneticisidir ve bölgedeki koruyucu, önleyici ve iyileştirici hizmetlerden sorumludur. Yardımcısı sanepid istasyonlarından sorumludur. Rayon hastaneleri üç tip hizmet sunarlar:

> Sağlık bölgesi (uçastok) hekimleri ile ayaktan hastalara poliklinik hizmeti

> Hastane uzmanlarıyla yataklı tedavi hizmeti

> Özgün gruplara (tüberküloz vb.) dispensarizasyon bakımı

Rayon hastanesi ayaktan ve yatan hastalara kapsamlı ve bütüncül sağlık bakımı sunar. Toplumun düzenli "sağlık taramasından", tedavinin izlenmesinden ve belli durumların sürveyansından sorumludur. Bu tarama ve izlem yöntemine "dispanserizasyon" denir. Rayon hastanesi aynı zamanda bölgede sanepid istasyonları ağı aracılığıyla çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojik kontrolünden de sorumludur. Rayon sağlık birimine (hastane, ayaktan hasta polikliniği ve sanepid istasyonu), bir bölge (uçastok) hekimince idare edilen bölge biriminden, feldsher/ebe istasyonu denen en küçük yerel sağlık birimine değişen çevresel birimler ağı yardımcı olur. Bölgelerin köylerde ve çiftliklerde küçük hastaneleri, gebe evleri ve önleyici-iyileştirici istasyonları vardır.[145]

Özelleşmiş merkezi hastaneler tıbbın ve cerrahinin çeşitli alanlarında özelleşmiş bakım ve araştırma için tasarlanmış kurumlardır. Ayaktan ve yataklı bakım birimleri ve laboratuarları vardır. Rayon hastaneleri ile yakından ilişkilidir ve bu hastanelerden sevk edilen vakaları alır.[146]

1964 yılında Sovyetler Birliği'nde toplam 26.400 hastanede 2.133.000 yatak olup bin kişiye 9,3 yatak düşmektedir.[147]

b. Kırsal Alanlar: Kırsal alanlar da oblastlar ve rayonlara bölünmüştür ve kırsal alanlarda da sağlık bakımı programı, rayon biriminde bütünleştirilmiştir. Rayon her biri bir bölge hekimi gözetiminde olan bir dizi kırsal

---

Papers No. 3. (İsviçre'de basılmıştır).

[145] WHO (1960), age, sf: 11; WHO. (1963). *Health Education in the USSR*, sf: 36 ve 41. World Health Organization. (İsviçre'de basılmıştır).

[146] WHO (1960), age, sf: 11

[147] Bridgman ve Roemer, *age*, sf: 136

sağlık bölgelerine (sektör) ayrılmıştır. Kırsal alanların çok geniş olması ve yerleşim yerlerinin dağınık olması nedeniyle ulaşım koşulları dikkate alınarak bu alanlarda ayrıca bölge (sektör) hastaneleri ve feldsher birimleri (istasyonlar) kurulmuştur.

Bölge (sektör) hastaneleri 5-10 km çapında bir alanda bulunan bir dizi köye hizmet sunan 25-30 yataklı hastaneler olup ayaktan bakım hizmetleri de bu hastanelerde sunulmaktadır. Hastaneye ulaşımı olmayan köylerde ise *ayaktan bakım klinikleri* olup, hekim ve feldsher istihdam edilmiştir. 1958 yılında Sovyetler Birliği'nde 12.334 kırsal hastane ve 2.227 hastane dışı ayaktan tedavi polikliniği bulunmaktadır.[148]

Bunlar dışında kırsal alanlarda köy ve çiftliklerde, bunların bölge hastanesine ve gebe evine uzaklığına bağlı olarak feldsher veya feldsher/ebe istasyonları vardır. *Feldsher/ebe istasyonlarında* 2-5 gebe yatağı ve bir doğum odası bulunur. Bu birimler bölge hekiminin doğrudan gözetimi altındadır.[149]

4 Ekim 1931 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan bir kararname ile kolhozlarda (kolektif çiftlikler) *sağlık çekirdekleri (health nuclei)* oluşturulmuştur. Sağlık çekirdekleri, kolhoz kültür komiteleri içinde örgütlenmişlerdir. Bu çekirdeklere kolhoza hizmet eden sağlık personeli ve kolhoz gönüllüleri üye olabilirler. Her çekirdek kendi içinden seçtiği 3-5 kişiden oluşan bir büro oluşturur ve çekirdeğin başkanı kültür komitesinin bir üyesidir.

Sağlık çekirdeği Köy Sovyeti'nin sağlık bölümünün yönetiminde çalışır. Sağlık çekirdeğinin esas görevi sağlıklı çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirmek için etkinlikler yapmak ve sağlık kurumlarına yardımcı olmaktır. Bu çerçevede çekirdekler şu etkinlikleri gerçekleştirirler:

> Komünal beslenme örgütlenmesi, banyo, çamaşır, içme suyu, atıkların uzaklaştırılması gibi sorunlarda genel sağlık tedbirlerine uyulmasına yardımcı olmak

> Kolhozda asgari hijyen koşullarının sağlanması için gerekli tedbirle-

---

[148] WHO. (1961). *Aspects of Public Health Nursing*, sf. 155. World Health Organization. Public Health Papers No. 4. (İsviçre'de basılmıştır).

[149] WHO (1960), age, sf. 16-17).

rin alınmasına yardımcı olmak

> Kolhozda ilk yardım istasyonları, kreşler, çocuk oyun alanları, koruyucu-tedavi edici kurumların örgütlenmesine yardımcı olmak

> Kolhozda hastane, tıp merkezi, doğum istasyonu, kadın ve çocuk danışma merkezi, eczane gibi kurumların örgütlenmesinde yardımcı olmak veya bu hizmetlerin en yakın kolhozdan alınmasını sağlamak

> Kolhozdan yerel sağlık tatil köylerine, sanatoryumlara ve dinlenme evlerine gönderilecek çiftçilerin seçimine katılmak

> Halk sağlığı ve çalışma ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi sorunlarına ilişkin çalışmalar yapan *sağlık köşeleri (health corners)* kurmak.

> Tüberküloz, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve alkolizme karşı savaşıma katılmak, mesleki ve diğer kazalara karşı savaşmak.[150]

Batılı gözle Sovyet sağlık bakımı: Baumgartner'ın Sovyetler Birliği'nde sağlık bakımına ilişkin gözlemleri şunlardır:

> "Şehirler bölgelere bölünmüştür. Her bölgede bir genel pratisyen ofisi, bir uzman ofisi, bir laboratuar ve bir hastanenin ayaktan hasta departmanının kombinasyonu olan, poliklinik denen kurumlar vardır. Hekime kendisi gidebilecek kadar iyi durumda olan hastalar bu polikliniklere giderler.
>
> Erişkinler, dahiliye uzmanının Sovyet karşılığı olan terapist hekimler tarafından bakılır. Bu hekimler dahiliye uzman olarak kabul edilmezler. Çocuklar, pediatrik hekimlerin istihdam edildikleri çocuk polikliniklerine gidebilirler veya genel poliklinikte görevli pediatrik hekimler tarafından bakılırlar. Uzman hekim tarafından görülmek gerektiğinde, poliklinikteki uzman hekimlerden birine başvurulur. Ayaktan bakımı yapılamayan hastalar, hastaneye alınırlar.
>
> Aynı zamanda fabrikalarda, okullarda, kreşlerde, anaokullarında ve çiftliklerde sağlık hizmetleri sunulur. Eğer hasta polikliniğe gelemeyecek kadar hastaysa, bir hekim veya hemşire hastanın evine gider.
>
> Ziyaret ettiğim kırsal alanlarda kooperatif çiftliğe bağlı bir hekim

[150] Sigerist, *age*, sf: 334-335

> vardı, fakat zamanının çoğunu bir bölge hastanesinde geçiriyor ve işinin çoğunu burada yapıyordu. Çiftlikte 4 yataklı bir gebe evi ve kreşte çocukların bakımı için pediatrik hekimler vardı."[151]

Emperyalistlerarası İkinci Paylaşım Savaşı sonrasında İngiltere'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin ardından, Sovyetler Birliği'ndeki sağlık sistemiyle İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin (NHS) karşılaştırıldığı makaleler yayınlanmıştır. Bu makalelerden birinde Gillies, Sovyetler Birliği'ndeki en küçük birim olan dispanserlerin, İngiltere'deki sağlık merkezlerine eşdeğer olduğunu fakat dispanserlerin bölge veya işyeri tabanlı olmaları nedeniyle bunlardan yararlananların belli bir bölgenin sakinleri veya belli bir işyerinin işçileri olduğunu belirtmektedir.[152]

British Medical Journal, bir İngiliz hekimin izlenimlerini şöyle aktarmaktadır:

> "Dr. Ian Gilliland Rus sağlık hizmetlerinin ağırlıkla önleyici olduğunu söyledi. (...) Çocuklardan başlayarak sağlık eğitimi üzerinde çok duruluyordu. Herkes sağlık merkezlerinden yararlanabiliyordu. Burada hasta yalnızca bir hekimle değil, halk sağlığı ve sanayi sağlığı görevlileri dahil bir ekiple karşılaşıyordu."[153]

Son olarak Gillies, 1949 yılında Sovyetler Birliği'ndeki acil hizmetlere ilişkin izlenimlerini şu cümlelerle ifade etmektedir:

> "Telefonda basit bir numara çevrilerek çağrılabilen bir hızlı 'acil yardım' aracı filosu vardır. Bunlar bir hekimin emrinde çalışan sedyeciler ve yardımcıları taşıyor ve hastaneye anında kabul edilmeyi sağlıyorlardı. Caddelerde 'ev yardımı' denen daha küçük arabalar görülüyordu ve bunlar polikliniklere gidemeyecek kadar hasta olanlara evde tedavi sağlıyorlardı."[154]

---

[151] Baumgartner, *age*, sf: 591

[152] Gillies, *age*, sf: 1038-1039

[153] BMJ. (1951). *Soviet Medicine. Impression of Three British Doctors*, sf: 966. British Medical Journal, Oct 21, 1951.

[154] Gillies, *age*, sf: 1039

1980'lerden itabaren Sovyetler Birliği'nde sağlık alanında önemli değişimler yaşanmaya başlamış ve Sovyet sağlık sistemi yok olma sürecine girmiştir.[155]

3. İşçi Sağlığı

Sosyalist bir ülkede, çalışmak insanlar için hem bir hak, hem de görevdir. İnsanın insan tarafından sömürülmesinin mümkün olmadığı sosyalist bir toplumda çalışmak, insanların yaşamlarını sürdürebilmeleri için zorunlu bir eylemdir. Bu toplumda başka insanların emeklerine el koymak yasaklandığı gibi, kira veya faiz gelirleri elde etme olanakları da ortadan kaldırılmıştır. Bu durumda Sovyet hükümetine iki önemli yükümlülük düşmektedir: herkese iş sağlamak ve insanların çalışabilmeleri için sağlıklı olmalarını sağlamak. Diğer yandan çalışmanın zorunlu olduğu bu ülkede, insanların çalışırken sağlıklı kalmalarını sağlamak da Sovyet hükümetinin bir yükümlülüğüdür. Birçoğu doğası gereği tehlikeli veya insan sağlığına zarar verebilecek işlerle uğraşılan meslekler, iş yaşamında karşılaşılan fiziksel, kimyasal veya biyolojik ajanlar devletin bu yükümlülüğünü daha da arttırmaktadır.[156]

Sovyetler Birliği 11 Kasım 1917 yılında bir kararname ile iş gününü 8 saate indiren ilk ülke olmuştur. Devrimin 10. yıldönümü olan 1927 yılında ise iş günü ücret aynı kalmak şartıyla 7 saate indirilmiştir. Gece vardiyaları için ise mesai 6 saattir. Daha sonra ağır ve tehlikeli işlerde çalışan işçiler için mesai günde 6 saate, bazı kategorilerde (örneğin cıva sanayi) 4 saate indirilmiştir.[157]

İşçi sağlığı, iş ve sağlık ilişkileri ve meslek hastalıklarına ilişkin literatür Hipokrat dönemine kadar uzanmaktadır. Bu alandaki ilk ciddi çalışmalar arasında 1473 yılında Alman hekim Ulrich Ellenbog'un kuyumcular ve diğer metal işçilerinin zehirlenmeleri üzerine makalesi, 1587 yı-

---

[155] Bu konuda ayrıntılı bilgi için bakınız: Özkan, Ö. (2003). *Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde Sağlık Hizmetleri*, sf: 38-40. Toplum ve Hekim, 18(1), Ankara ve Aksakoğlu, G. (2003). *Sovyetler Birliği Özelinde Sosyalist Ülkelerde "Sağlık Reformu"*, sf: 68-80. Toplum ve Hekim, 18(1): 68-80. Ankara.

[156] Sigerist, *age*, sf: 153-154

[157] Sigerist, *age*, sf: 160

lında Paracelsus'un maden işçilerinde görülen akciğer hastalıkları üzerine çalışması sayılabilir. Bernardo Ramazzini'nin 1713 yılında yayınlanan *Emekçilerin Hastalıkları* isimli kitap ise bu alanda bir dönüm noktasıdır. 19. yüzyılda bu alanda literatür daha da zenginleşmiştir.[158]

Marksizm'in kurucularından Friedrich Engels tarafından kaleme alınan ve 1845 yılında yayınlanan *İngiltere'de Emekçi Sınıfın Durumu*, işçi sağlığı alanındaki ilk Marksist çalışmadır. Engels çalışmasının her satırında kapitalist üretim tarzı ve toplumun kapitalizmin (sermayenin) gereksinimlerine göre örgütlenmesi ile hastalık ve ölüm arasındaki ilişkiye örnekler sunmuş ve bugün "sağlığın toplumsal belirleyicileri" olarak tanımlanan gelir, barınma, beslenme, eğitim vb. belirleyicilerle hastalıklar ve ölüm arasındaki ilişkiyi bilimsel kanıtlarla ortaya koymuştur.[159]

İşçi sağlığı alanında bir hekim tarafından yapılmış en radikal çalışma ise Engels'ten yalnızca üç yıl sonra bir Alman patolog olan Rudolf Virchow'dan gelmiştir: *Yukarı Silezya'da Tifüs Salgını Üzerine Rapor*. Virchow raporunda salgının asıl nedeninin işçi sınıfının içinde bulunduğu çalışma ve yaşam koşulları olduğunu belirtmekte ve emekçiler için tam ve sınırsız demokrasi talep etmektedir. Virchow'un *Armendärtzen* (yoksulların hekimi) olarak adlandırdığı halk sağlığı emekçilerinin etkinlikleri, doğrudan bakımla birlikte yoksulların avukatlığını yapmayı da içerir. Virchow'un halk sağlığı anlayışının diğer iki ilkesi olan "önleme" ve "yurttaşların maddi güvencesinin sağlanması" da devlet sorumluluğudur.[160]

Çarlık Rusya'sında işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında öncülük üstlenen A. N. Nikitin, 1847 yılında sanayi hijyeni ve meslek hastalıkları sorunlarını ele almıştır. F.S. Erisman (1842-1915), *Mesleki Hijyen ve Kol ve Kafa Emeği Hijyeni* isimli bir kitap yayınlamıştır. Bu alanın önde gelen isimleri arasında A.D. Pegozhev, E. M. Dementev, S. M. Bogoslovsky (1870-1936)

---

[158] Abrams, H.K. (2001). *A Short History of Occupational Health*, sf: 38-41. Journal of Public Health Policy, 22(1).

[159] Engels, F. (1973 [1845]). *The Condition of the Working Class in England in 1844*. Moscow: Progress Publishers. (Sol Yayınları tarafından Türkçe yayınlanmıştır).

[160] Waitzkin, H. (2006). *One and a Half Centuries of Forgetting and Rediscovering: Virchow's Lasting Contributions to Social Medicine*, sf: 7. Social Medicine. 1(1).

ve I. M. Sechenov (1829-1905) sayılabilir.[161]

Sosyalist ideoloji, işçi sınıfının ideolojisi ve sosyalist devlet, işçi sınıfının devletidir. Bu nedenle nasıl kapitalist ülkelerde sermayedarlar ve sermayenin egemenliğini sürdürmesinde görev alanlar her alanda olduğu gibi sağlık alanında da imtiyazlıysa, Sovyetler Birliği'nde devletin sahibi olan işçi sınıfı imtiyaz sahibidir. Daha önce de belirtildiği gibi bütün sağlık kurumlarında öncelik işçi sınıfınındır. Ancak bununla yetinilmemiş, sağlık hizmetleri işçi sınıfının sağlık gereksinimlerine göre örgütlenmiş ve işçi sınıfı için çalıştıkları yerlerde sağlık birimleri oluşturulmuştur.

İçinde işçi sağlığı ve güvenliği alanında düzenlemeler de bulunan *İş Mevzuatı* 15 Kasım 1922'de kabul edilmiştir. Buna göre hiçbir sanayi tesisi veya işlik sendikalar ve sağlık otoritelerinin onayı alınmadan inşa edilemez, tadilat yapılamaz veya başka yere taşınamaz. Hiçbir tesis iş müfettişi ve hijyen müfettişi tarafından incelenmeden hizmete giremez. İş müfettişleri sendikalar tarafından işçiler arasından seçilmekte ve özel iş müfettişliği okullarında eğitilmektedirler. Her işlikte Yerel Komiteler (Fabkom veya Mestkom) tarafından temsil edilen sendikalar, işyerindeki işçi sağlığı ve iş güvenliği uygulamalarına katılır ve denetler.[162]

İşyeri Sağlık Birimleri

Sovyetler Birliği'nde 1922 yılında işyerlerinde "sağlık hücreleri, dispanserler ve poliklinik gruplarından" oluşan sağlık kompleksleri biçiminde, Sovyetler Birliği'ne özgü bir kurumlaşmaya gidilmiştir. Bu sistemde *sağlık hücrelerinde*, işyerlerinde çalışan işçiler arasından gönüllü olarak sağlık eğitimine katılan işçiler görev almaktadır. Sağlık hücrelerinde bu işçiler tarafından tespit edilen hasta işçiler, her işyerinde bulunan ve ilkyardım ve ön-muayene yapılan ayaktan bakım birimlerine gönderilmekte, buradan da hekim gerek görürse dispanser veya polikliniğe sevk edilmektedir. Bu sistemin altında yatan felsefe Dr. Semaşko tarafından, "işçilerin sağlığı işçilerin elinde olmalıdır" şeklinde ifade edilmektedir.[163]

---

[161] Malan, R.M. (1963). *Occupational Health in Eastern Europe*, sf: 155. British Journal of Industrial Medicine, 20.

[162] Sigerist, *age*, sf: 154

[163] Gantt (1927b), *age*, sf: 338

Her *dispanser* bir tıbbi ve bir sosyal bölümden oluşmaktadır. Sosyal bölüm hijyen şartlarını denetlemekte, toplumsal ve bulaşıcı hastalıkların kayıtlarını tutmakta ve sağlık eğitimi vermektedir. Tıbbi bölümde çocuk sağlığı, gençlik sağlığı, tüberküloz, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, doğum gibi kısımlar vardır. Sağlık hücreleri, dispanserler ve poliklinikler, dispanser çalışanları, sendika, fabrika ve hükümet temsilcilerinden oluşan Sosyal Yardım Konseyleri'ne bağlıdır.[164] SSCB'de 1920'li yıllarda işçi sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesine ilişkin bir örnek aşağıdaki alıntıda sunulmuştur:

> "Kuzey Kafkasya'da 425 bin nüfuslu bir şehir olan Rostovon-Don'daki Selmashstroy tarım makineleri fabrikası, her birinde bin kadar işçinin çalıştığı 18 işlikten oluşmaktadır. Fabrikada, fabrikanın genel sağlık hizmetlerinden sorumlu bir hekim ve ayrıca her işlikte bir hekim görev yapmaktadır.
> İşe girişte hijyen bürosunda işçilere işe giriş muayenesi ve koruyucu aşılar yapılır. Daha sonra 3-4 ayda bir periyodik muayeneler yapılır. İşçiler bu muayenelerin sonucunda kendilerine uyan işlere yerleştirilirler. Fabrikada hastalara tıbbi bakım yapılmamakta, hastalar gerektiğinde dispanserlere veya hastanelere sevk edilmektedir.
> İşlik hekiminin görevleri şunlardır:
> > Acil durumlarda ilk yardım
> Genel hijyenik izlem
> > Fabrikadaki işçilerin tıbbi tedavilerinden sorumlu dispanser hekimlerinden rapor almak
> > İşe gelmeyen hasta işçilerin listesini işçi yöneticisine vermek
> > Evde istirahat eden işçilerin İşlek Komitesi'nden bir işçi tarafından ziyaret edilmesini örgütlemek
> > Hastalıkları günlük olarak listelemek
> > Mutfağa diyet uygulanan işçileri ve uygulanacak diyetleri bildirmek
> > İşçilere hijyen eğitimi vermek."[165]

[164] Gantt (1927b), *age*, sf: 338
[165] Newsholme ve Kingsbury, *age*, 7. Bölüm

Harkov Üçüncü Emek Polikliniği: *Poliklinik, kentin 90 bin nüfuslu bir sanayi bölgesine hizmet vermekte olup, 214 hekim görev yapmaktadır. Bir merkez bina ve 4 pavyondan oluşan poliklinikte, bir gündüz sanatoryumu ve anaokulu olan tüberküloz dispanseri, zühreevi hastalıklar dispanseri, beslenme dispanseri, beslenme salonu, süt mutfağı ve eczane bulunmaktadır. Pavyonlarda 90 klinik ve 60 fizyoterapi yatağı yer alır. Merkez bina dört katlı olup, birinci katta idari departmanlar, Yerel Komite bürosu, çalışan yemekhanesi ve röntgen servisi bulunur. İkinci katta resepsiyon, muayene odası, hekim odası, cerrahi, üroloji, ortopedi klinikleri ve hastalar için konsültasyon servisi; dört yaş altı çocuklar için bir dispanser ve laboratuarlar vardır. Üçüncü katta kadın danışma bürosu, dahiliye, elektro ve fototerapi*[166] *odaları, nöropsikiyatri kliniği, beden eğitimi danışma bürosu, jimnastik salonu, tehlikeli işlerde çalışan işçilerin gözetimi departmanı ve dördüncü katta çocuk danışma bürosu, göz, kulak-burun-boğaz, diş klinikleri, boğaz hastalıkları için inhalatoryum ve hijyen danışma bürosu vardır. Binanın ayrı bir kanadı hidroterapi,*[167] *çamur banyosu ve diğer tıbbi banyolara ayrılmıştır. Son olarak bir konferans salonu, sinema salonu, okuma odası ve kütüphanesi olan sağlık propagandası ve eğitimi departmanı bulunur.*[168]

***

Bilimsel Araştırma Enstitüleri

İşçi sağlığı ve iş güvenliği alanında kurulmuş olan bilimsel araştırma enstitülerinin sayısı 1935 yılında 40'a ulaşmıştır. Bu enstitülerde bilim insanları, mühendisler, hijyenistler ve hekimler birlikte çalışarak üretim sürecinde işçi sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurların ortadan kaldırılması için çaba harcamaktadırlar. Moskova'daki enstitülerden biri oto-traktör sanayi, askeri sanayi, demiryolları ve ulaşım alanlarında uzmanlaşmıştır. Enstitüde fizyoloji, hijyen, havalandırma, ışıklandırma, psi-

---

[166] Işık tedavisi (y.n.)

[167] Su tedavisi (y.n.)

[168] Sigerist, *age*, sf: 293-294

koteknik departmanlar ve bireysel korunma yöntemleri üzerine çalışan departmanlar bulunmaktadır.[169]

Meslek Hastalıkları Enstitüleri

1935 yılında Sovyetler Birliği'ndeki meslek hastalıkları enstitülerinin sayısı 25'e ulaşmıştır. 1923 yılında Moskova'da kurulan Obukh Meslek Hastalıkları Enstitüsü üç bölümden oluşmaktadır:

> Cerrahi, nöroloji ve ergen sağlığı bölümleri de bulunan bir sağlık departmanı
> Hijyen departmanı
> Deney departmanı

Enstitü hastanesi 155 yataklıdır. Ayrıca Enstitü'nün, bir başka hastanede de mesleki deri hastalıkları için 20 yatağı bulunmaktadır. Belli sanayi dallarında çalışan işçilerin periyodik muayeneleri için de bir dispanseri vardır.

Sovyetler Birliği'nde bütün mesleki zehirlenmelerin bildirimi zorunludur. Mesleki zehirlenme durumunda hastalar araştırma için Enstitülere sevk edilirken, Enstitülerden de ekipler olayı yerinde araştırmak için işyerlerine giderler.

Enstitülerin çalışmaları meslek hastalıklarının bütün yönlerini (etyoloji[170], proflaksi[171] ve tedavi) kapsar. Enstitüler, Deneysel Tıp Enstitüleri ile işbirliği içinde çalışırlar ve kendi alanlarında uzmanlık eğitimi programları sunarlar. Ayrıca 10 günlük sürekli eğitim kursları da düzenlerler.[172]

1960'lar

1950'lerde sağlık bakımında gerçekleştirilen reformlar (bütün sağlık kurumlarının birleştirilerek büyük sağlık komplekslerinde toplanması) işçi sağlığı hizmetlerinde de gerçekleştirilmiştir.

1960'larda Sağlık Bakanlığı'na bağlı 12 Sanayi Hijyeni ve Meslek

[169] Sigerist, *age*, sf: 156-157
[170] Hastalıkların nedenlerini inceleyen bilim dalı. (y.n.)
[171] Korunma (y.n.)
[172] Sigerist, *age*, sf: 157 - 158

Hastalıkları Enstitüsü bulunmaktadır. Bütün sanayi tesislerinin bir hastane, bir ayaktan tedavi departmanı ve fabrikaların çeşitli işliklerindeki bir dizi ilk yardım istasyonundan ve kreşlerden oluşan sağlık birimleri vardır ve hastane başhekimi tarafından yönetilirler. Küçük işyerleri rayon veya bölge hastanelerinden yararlanırlar.[173]

İşçi sağlığı programı bütün büyük işyerleri ve fabrikalarda bulunan mediko-saniter birimde yürütülmektedir. Kırsal alanda kollektif çiftliklerde de benzer işçi sağlığı hizmetleri bulunmaktadır.[174] Mediko-saniter birim genellikle uzman servislerin bulunduğu bir poliklinik, büyük işliklerde hemşire ve hekimlerin görev aldıkları ayaktan bakım üniteleri ve laboratuarlardan oluşur. Eğer yerel hastane yeterli değilse, büyük fabrikalar için özel hastaneler kurulur. Mediko-saniter birimin çalışmaları hastane tedavisi, ilk yardım, ev ziyaretleri ve işliklerin denetimini kapsar. Bütün hastalık ve kazaların raporları tutulur. Bu birimler sendika ve sosyal çalışmacılarla yakın işbirliği içinde çalışırlar.[175]

Mediko-saniter birimlerin koruyucu işlevleri şunlardır:

> Departmandaki bütün uzmanlar tarafından yapılan periyodik fizik muayeneler (10 bin işçinin çalıştığı bir sanayi tesisinde 62 hijyen hekimi ve 161 hemşire görevlidir.)

> İş güvenliği komiteleri (sendikaların aktif katılım ve desteğinde)

> Sağlık eğitimi

> İlk yardım (her 1200-1500 işçiden 20-30 gönüllü ilk yardım eğitimi alır.)

> Fizyoterapi ve fizik tedavi

> Proflaktoryumlarda (gece ve gündüz sanatoryumları) özel tıbbi gözetim gerektiren işçilere gözetim.[176]

1960'larda sosyalist işçi sağlığı ve iş güvenliği kavramı ile kapitalist işçi sağlığı ve iş güvenliği kavramı arasındaki fark iyice belirginleşmiş-

---

[173] WHO (1960), *age*, sf. 17

[174] Letavet, A. (1944). *Medical Service in Industry in the U.S.S.R.*, sf. 123. British Journal of Industrial Medicine, 1; WHO (1960), *age*, sf. 26-27

[175] Letavet, *age*, sf. 123

[176] WHO (1960), *age*, sf. 28

tir. 1959 yılında Uluslararası Çalışma Konferansı mesleki sağlık hizmetini şöyle tanımlamaktadır:

> "İşyerinde veya işyeri yakınında şu amaçlarla oluşturulan bir hizmettir:
> a. İşçileri işlerinden veya işlerin yapıldığı koşullardan kaynaklanabilecek tehlikelere karşı korumak
> b. İşçilerin fiziksel ve ruhsal uyumuna, özellikle işin işçilere göre düzenlenmesi ve işçiye göre iş verilmesine katkıda bulunmak
> c. İşçilerin olanaklı en yüksek derecede fiziksel ve ruhsal iyiliğinin oluşturulmasına ve sürdürülmesine katkıda bulunmak"

Ancak Batı Avrupa ülkelerinin çoğunda işyeri hekimleri, genel pratisyenlerin işlevini yerine getirmektedir ve asıl görevleri hasta işçileri tedavi etmektir. Oysa daha önce de belirtildiği gibi Sovyetler Birliği'nde koruyucu, önleyici ve iyileştirici sağlık hizmetleri, Sovyetler Birliği'nin kuruluş yıllarından itibaren bütünleştirilmiştir.

İkinci fark, Sovyetler Birliği'nde işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerinden doğrudan Sağlık Bakanlığı sorumlu iken, çoğu Batı Avrupa ülkesinde bu hizmetlerden Çalışma Bakanlıkları sorumludur.[177]

1960'lı yıllarda Sovyetler Birliği'nde işçi sağlığı hizmetlerinin ilkeleri şöyle sıralanabilir:

> "1. İşçi sağlığı hizmetleri bireyle birlikte bireyin çevresine yöneliktir.
> 2. Bireye hem sağlıklı iken hem de hasta iken sağlık bakımı sağlanır.
> 3. Sağlık bakımı işçilere, özellikle ağır işlerde çalışanlara öncelikli olarak sağlanır.
> 4. Çocuklara ve gençlere özel önem verilir.
> 5. Önleyiciliğe vurgu yapılır.
> 6. Hizmetler devlet tarafından ücretsiz sağlanır."[178]

---

[177] Malan, *age*, sf: 155
[178] Malan, *age*, sf: 156

İşçi sağlığı alanında standartların belirlenmesi ve bunların uygulanmasında Sovyetler Birliği öncülük etmiştir. Hava kirliliği standartları 1920'lerde kullanılmaya başlamış ve işçi sağlığına zararlı 14 maddeyi içeren bir liste yayınlanmıştır. Bu standartlar Birleşik Devletler'de 1937 yılında ve Almanya'da 1938 yılında kabul edilmiştir. İsveç, standartları 1969 yılında kabul etmiştir.[179]

Sovyetler Birliği'nde çalışma ortamlarında toksik maddeler için azami kabul edilebilir yoğunlukların belirlenmesi için hükümet tarafından bilimsel bir komite görevlendirilmiştir. Sendikaların bu değerler üzerinde yorum yapma hakları bulunmaktadır. Komite tarafından oluşturulan işçi sağlığı standartları her yıl yayınlanmaktadır.[180]

4. Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetleri

Sovyetler Birliği "ana-çocuk sağlığı" hizmetlerini anayasasına geçiren ve bu hizmetleri kadınlarına ve çocuklarına "anayasal haklar" olarak tanıyan ilk ülkedir. Kadınlara da erkeklerle *eşit haklar* sağlayan Sovyetler Birliği Anayasası'nın 122. maddesi şöyledir:

> "SSCB'de kadınlar, ekonomik, yönetimsel, kültürel, toplumsal ve siyasal yaşamın bütün alanlarında erkeklerle eşit haklara sahiptir. Bu hakların kullanılması; kadınlara erkeklere eşit çalışma, ücret, dinlenme ve tatil, sosyal sigorta ve eğitim hakları tanınarak ve annelerin ve çocukların çıkarları, çok çocuklu annelere ve evli olmayan annelere devlet yardımı, ücretli gebelik izni, doğumların yapılacağı gebelik evleri ve çocukların bakılacağı kreşler ve anaokulları sistemi devlet güvencesine alınarak sağlanmaktadır."[181]

Böylece kadınlara çalışmak istedikleri takdirde bütün işler "anayasal bir hak olarak" açılmış, hiçbir iş veya meslek "'erkek işi veya mesleği" olarak ayrıcalıklı tutulmamıştır. Her kadına doğumda 200 ruble ve bebek

---

[179] Holmberg, B. ve Winell, M. (1977). *Occupational Health Standards: An International Comparison*, sf: 1. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 3.

[180] Holmberg ve Winell, *age*, sf: 4

[181] WHO. (1962). *Maternal and Child Health in the USSR*, sf: 17. World Health Organization. (İsviçre'de basılmıştır).

5 aylık olduğunda 50 ruble olmak üzere toplam 250 ruble doğum yardımı yapılmaktadır. Bu yardım ayda 50 ruble olmak üzere çocuk 12 yaşına gelene kadar devam eder. Gerektiğinde bu miktar arttırılabilir.[182] Kadınlar doğumdan sonra daha iyi barınma koşulları (daha geniş bir ev) isteme hakkına sahiptir.[183]

Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin Sovyet sağlık örgütlenmesi içinde çok önemli bir yeri vardır. Henüz ülkede bir Sağlık Bakanlığı dahi kurulmadan önce Lenin tarafından 19 Aralık 1917 tarihinde bir Ana Çocuk Sağlığı Departmanı kurulmasına ilişkin bir kararname yayınlanmıştır:

> "Halk Sağlığı Halk Komiserliği'nin çocukların gereksinimlerine hizmet eden başkentteki yetimhanelerden köydeki kreşlere kadar küçük ve büyük bütün kurumları, tek bir devlet örgütünde, Ana ve Çocuk Sağlığı Departmanı'nda, birleştirilmiştir. Böylece gebe kadınlara ve annelere hizmet eden kurumlarla tek bir bütüncül sistem oluşturulmuştur." [184]

Sovyet ana-çocuk sağlığı hizmeti yalnızca çocukları doğumdan erişkinlik dönemine kadar izlemeyi ve korumayı değil aynı zamanda kadınları da izlemeyi ve korumayı amaçlamaktadır. Bütün toplumlarda nüfusun büyük çoğunluğunu kadınların ve çocukların oluşturduğu düşünüldüğünde, ana-çocuk sağlığı hizmetleri neredeyse toplumun üçte ikisine sağlık hizmeti götürmeyi hedeflemektedir.[185]

Sovyetler Birliği'nde genel dispanserler yanında, ana ve çocuk sağlığı dispanserleri ve kreşler, anaokulları ve diğer öğretim kurumlarında da okul hekimlikleri oluşturulmuştur.[186]

1931 yılında sayıları üç bini bulan ana-çocuk sağlığı dispanserlerinin çoğunda "süt mutfakları" bulunmaktadır. Kırsal alanlarda da sovhoz

---

[182] WHO (1962), *age*, sf: 29
[183] WHO (1962), *age*, sf: 17
[184] WHO. (1963). *Health Education in the USSR*, sf: 39-40. World Health Organization. (İsviçre'de basılmıştır).
[185] WHO (1962), *age*, sf: 9
[186] Newsholme ve Kingsbury, *age*, 19. Bölüm

(devlet çiftliği) ve kolhozlarda (kollektif çiftlik) örgütlenen ana-çocuk sağlığı dispanserlerinde hekimler, hemşireler, hukuksal danışmanlar, Emeğin ve Yaşam Standartlarının İyileştirilmesi Komisyonu üyeleri görev almaktadırlar.[187]

> "Sovyetler Birliği'nde ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin başlıca özellikleri şunlardır:
> > İdari bakımdan ana ve çocuk sağlığı hizmetleri ayrı programlar olarak ele alınır ve erişkin bakımı hizmetlerinden ayrıdır.
> > Ana çocuk sağlığı programları her birinden bir hekimin sorumlu olduğu birimlerde yürütülür.
> > Programlar önleyici, klinik, eğitimsel, toplumsal, hukuksal ve çevresel etkinlikleri içeren kapsamlı programlar olup anne ve çocuğun sağlığını ve iyiliğini sağlamaya yöneliktir. Polikliniklerde anneler çocuk bakımı konusunda eğitilirler. 1960'larda farklı yaş gruplarındaki çocuklar için 5 ayrı eğitim programı vardır.
> > Anne ve çocuk sağlığı programları bütün bireyleri kapsayacak şekilde tasarlanmıştır.
> > Bütün ana ve çocuk sağlığı hizmetleri ücretsizdir.
> > Temel ana çocuk sağlığı hizmetleri merkezi olarak planlanmıştır ancak bu temel programlar yerel koşullara uyarlanabilir.[188]

Bir ana-çocuk sağlığı dispanserinde bulunan bölümler şunlardır:
> Bebek kliniği
> Bir-üç yaş çocuk kliniği
> Hamile kadın kliniği
> Tüberküloz uzmanı ofisi
> Cinsel yolla bulaşan hastalıklar uzmanı ofisi
> Beslenme istasyonu
> Süt istasyonu
> Hukuksal danışmanlık
> Danışma bürosu[189]

---

[187] Webb ve Webb, *age*, sf: 667
[188] WHO (1960), *age*, sf: 18-19
[189] Semaşko'dan aktaran Gregg, *age*, sf: 244

27 Haziran 1936'da boşanma mevzuatında yapılan bir değişiklikle kürtaj yasaklanmıştır. Ancak 1955 yılında kadınların kendi yaşamları üzerinde kendilerinin söz sahibi olmaları gerektiği düşüncesiyle bu yasak kaldırılmıştır. Gebelere ve annelere sağlanan yardımlar arttırılmış, çocuklarına tek başına bakan anneler için ek ödemeler getirilmiş, gebe evleri, kreşler, anaokulları ve kadınların hizmet aldığı diğer kurumlar sistemi genişletilmiştir.[190]

8 Temmuz 1944'te gebelere ve annelere (evli olmayanlar dahil) sunulan hizmetlerin kapsamı arttırılmıştır. 25 Kasım 1947 Kararnamesi, çok çocuklu ve evli olmayan annelere verilen ödemeleri yükseltmiştir.[191]

Bütün bu çabalar meyvelerini, arada bir iç savaş, uzun kıtlık yılları ve 20 milyon Sovyet yurttaşının yaşamına mal olan İkinci Emperyalistlerarası Savaş bulunmasına ve özellikle bu savaş sırasında ülkenin Avrupa bölümü neredeyse Nazi işgali altında olmasına rağmen, 40 yıl kadar kısa bir sürede vermiştir. 1913 yılında binde 275 olan bebek ölüm hızı, 1960'lara doğru binde 40'a geriletilmiştir.[192]

Merkezi Örgütlenme

Cumhuriyetlerin sağlık bakanlıklarında ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, erişkin sağlığı hizmetleri ve epidemiyoloji ve hijyen hizmetleriyle aynı düzeydedir. Departmanda kadın doğum uzmanı ve pediatrik hekimler görevlidir. Aynı yapı oblast ve rayon düzeylerinde de bulunmaktadır.[193]

Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri sağlık kurumları dışında Kızılhaç ve Kızılay, Sendikalar, Sovyet Kadın Komitesi, Pioneer Örgütleri ve Genç Komünistler Ligi gibi çeşitli mesleki veya gönüllü kuruluşlar tarafından da desteklenmektedir.[194]

---

190 WHO (1962), *age*, sf: 9 ve 21
191 WHO (1962), *age*, sf: 10
192 WHO (1962), *age*, sf: 10-11
193 WHO (1962), *age*, sf: 13
194 WHO (1962), *age*, sf: 15

Kentsel Alanlarda Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetleri

> ***Kadın Danışma Merkezleri:*** 3-4 bin kadının bulunduğu bir belli bölgeye hizmet sunan yaygın örgütlenmiş kurumlardır. Kadınlar bu merkezlere jinekolojik sorunları için ve gebelik dönemlerinde başvururlar. Merkezlerdeki "Anne Okulları" (anaokulu değil) gebelik hijyeni ve bebek bakımı dersleri verir. Gebeliğin son ayında bebeğin bakımından sorumlu olacak pediatrik hekim ve hemşire, anneyi evinde ziyaret ederek ev koşullarını değerlendirir. Gebe kadın doğuma kadar, başkaca bir sağlık sorunu olmadığı takdirde, 8-12 kez evinde ebe veya kadın danışma merkezinde hekim tarafından izlenir.[195] Bu merkezlerde görevli avukatlardan babanın çocuğa ilişkin yükümlülükleri ve anne ve çocuğun haklarına ilişkin hukuksal danışmanlık alınabilir.[196] Kadın Danışma Merkezleri, gebe evleri veya hastaneleri içinde yer alırlar ve kadın hastalıkları polikliniği ile bağlantılıdırlar.[197] Bu merkezlerde mesai sabah 08.00 ile akşam 20.00 arasındadır. Hekimlerin günlük mesaisi 6 saat olduğundan, iki vardiya halinde çalışırlar.[198]

1960'ların başında rutin gebe izleme hizmetleri şöyledir:

> Gebeliğin tespit edildiği 2. veya 3. ayda hekim tarafından genel ve jinekolojik muayene. İdrarda albumin ve glukoz testi, kanda serolojik[199] testler, akciğer grafisi, diş muayenesi.

> Gebeliğin son ayına kadar ebe tarafından düzenli ev ziyaretleri

> Gebeliğin son ayında bölge pediatrik hekimi ve hemşiresi tarafından evde ziyaret

> Gebeliğin gidişinde bir anormallik tesbit edildiği takdirde kadın-doğum hekimi tarafından muayene

> Gerekli durumlarda kadının gebeliğini bir sanatoryum veya dinlenme evinde sürdürmesinin sağlanması

> Doğumun sancısız geçirilmesi için gebeliğin 7. ayından itibaren kadın-

---

[195] WHO (1962), *age*, sf: 18

[196] WHO (1960), *age*, sf: 19

[197] WHO (1962), *age*, sf: 15

[198] WHO (1962), *age*, sf: 26

[199] Seroloji: Bağışıklık serumlarını inceleyen bilim dalı. (y.n.)

doğum uzmanları tarafından psikoproflaktik[200] eğitim verilmesi.[201]

***

Kiev Shevchenko Rayonu Kadın Danışma Kliniği: *Rayon bölgesinde yaşayan 35 bin kadına hizmet sunmaktadır. Rayon 15 sağlık bölgesine ayrılmıştır. Bir başhekim, bir genel tıp hekimi, her bölge için bir kadın-doğum uzmanı (toplam 15), 32 ebe ve 9 genel hizmetler görevlisi bulunmaktadır. Kızılhaç görevlileri de aktif destek vermektedir.*[202]

> ***Gebe Evleri ve Hastaneleri:*** Komplikasyonsuz doğumların yaptırıldığı hastanelerdir. Sovyetler Birliği kurulduğu günden itibaren kadınların güvenli ellerde doğum yapabilmesi için tedbirler almaya başlamıştır. Bütün yataklı tedavi kurumlarındaki yatakların % 12,7'si gebeler için ayrılmıştır. Bu rakam 1959 yılı için her bin nüfus için bir gebe yatağına karşılık gelmektedir. Gebe evlerinde kalma süresi 9 gündür, ancak gerektiğinde uzatılabilmektedir. Bütün doğumların gebe evlerinde yapılması için azami gayret gösterilmiştir. Bu çabalar sonunda 1913 yılında bin doğumda 10 olan anne ölüm hızı, 1959 yılında bin doğumda 0,49'a geriletilmiştir.[203]

Gebe evleri şu bölümlerden oluşur:

> Normal doğum: Resepsiyon, doğuma hazırlık koğuşu, doğum koğuşu, loğusa koğuşu, yenidoğan koğuşu, doğum odası. Koğuşlarda 6-10 yatak bulunur.

> Komplikasyonlu doğum koğuşu

> Jinekoloji polikliniği[204]

Kiev Podolsky Rayonu 2 No'lu Gebe Evi: *Uzmanlık eğitimi veren Kiev İleri Tıp Enstitüsü'nün Jinekoloji ve Obstetrik*[205] *Bölümü için klinik olarak da hizmet etmektedir. 110 yataklı olup, yılda ortala-*

---

200 Psikoproflaksi: Doğum sırasında ağrının ilaç dışı yöntemlerle hafifletilmesi tekniği. (y.n.)
201 WHO (1962), *age*, sf: 19-20
202 WHO (1962), *age*, sf: 22
203 WHO (1962), *age*, sf: 20
204 WHO (1962), *age*, sf: 25
205 Doğum ve gebelikle ilgili. (y.n.)

ma 3 bin normal doğum gerçekleşmektedir. Yılda ortalama 600 kadar komplikasyonlu doğum yaptırılmaktadır.[206]

Moskova İli Sağlık Departmanı 25 No'lu Gebe Hastanesi: *25 No'lu Gebe Hastanesi Moskova'nın 60.000 15 yaş üzeri kadının yaşadığı bir bölgesine hizmet sunar. Bölge 7 yerleşim birimine bölünmüştür ve her bölümden bir hekim sorumludur. Hastanede bir Kadın Danışma Merkezi, radyoloji bölümü dahil kapsamlı bir klinik vardır ve ayrıca psikoproflaktik dersler verilir. Psikoproflaksi, doğum sırasında ağrının hafifletilmesi tekniğidir. Pavlov'un ilkelerinin uygulandığı teknikle koşullu refleksten yararlanılır. Tekniğin başarı oranı % 86'dır. Geri kalan % 14 vakada ağrı medikasyonla giderilmektedir.*

1959 yılında hastanede 3.459 kadın, 3.510 bebek dünyaya getirmiştir. Doğumları 68'i sezaryen doğum (% 2) şeklinde gerçekleşmiş, 8 yenidoğan ölümü (binde 2,8), 3 ölü doğum (binde 0,8), 12 prematür doğum (binde 3,4) olmuştur. Ana ölümü yoktur. Ayrıca 132 jinekolojik ameliyat gerçekleşmiştir.

Gebe kadın, Kadın Danışma Merkezi'ne doğum öncesi bakım için kaydolduğunda annenin kaydı Form 111 ile tutulur. Gebeliğin 32. haftasında kadın işyerinden ücretli izne ayrılır. Gebe kadın doğum zamanı geldiğinde evinden ambulansla alınarak hastaneye nakledilir.

Hastanede normal gebelikler için 120, komplikasyonlu gebelikler için 30 ve jinekolojik sorunlar için 50 yatak ve normal bebekler için 120 beşik bulunmaktadır.

Kadın-Doğum uzmanları günde 6 saat mesai yaparlar ve ortalama 10-20 hasta kabul ederler. Ayda iki gün doğum odasında görevlendirilirler ve bu nöbet ertesinde izin kullanırlar. Servikal smear ve kolposkopik muayene[207] *rutin kanser önleme programı çerçevesinde yürütülür.*[208]

---

[206] WHO (1962), *age,* sf: 26

[207] Rahim kanserinin tespiti için uygulanan test ve muayeneler. (y.n.)

[208] US Public Health Service. (1962). *Report of the Medical Exchange Mission to the USSR: Maternal and Child Care,* sf: 43-45. Public Health Service Publication No. 954.

> *Çocuk Danışma Merkezleri:* Her merkez belirli bir bölgeye hizmet sunar. Bu bölge, her birine bir pediatrik hekimin verildiği, 800-1000 çocuk barındıran alt-bölgelere (uçastok) ayrılmıştır. Her iki hekim için üç hemşire bulunur. Bu merkezler 3 yaş altı çocukların bakımı için kurulmuştur ve 3 yaşından büyük çocuklar polikliniklerden hizmet almaktadır. Ancak daha sonra büyük çocuklar da kabul edilmeye başlanmıştır. Bebekler doğumdan itibaren pediatrik hekimlerin gözetimindedir ve annenin doğum sonrası izninin bittiği 2. ayın sonundan itibaren yine pediatrik hekimlerin görev yaptıkları kreşlere kabul edilirler. Çocuklar 15 (dahil) yaşına kadar pediatrik hekimler tarafından kabul edilirler.[209]

Gebe hastanelerinde doğum sonrası taburcu edilen bebekler, hastane tarafından Çocuk Danışma Merkezleri'ne bildirilir. Üç gün içinde bir pediatrik hekim ve bir hemşire bebeği evde ziyaret eder ve bu ziyaretler yenidoğan dönemi boyunca, anne bebeğini Çocuk Danışma Merkezi'ne getirebilecek duruma gelene kadar devam eder. Bu merkezde bebek, adolesan[210] döneme kadar izlenir. Bebekler 1 aylık olana kadar dört kez izlenir. Bir ay ile 12 ay arasında bebekler ayda bir kez izlenirler.[211]

Çocuklar 1 yaşından itibaren yılda 4-5 kez fiziksel muayeneden geçirilirler. Çocuk Danışma Merkezleri çocuk hastaneleri içinde yer alır ve aynı zamanda bölgedeki kreşler, anaokulları ve okullardan da sorumludurlar. Çocuk Danışma Merkezleri'nde görevli pediatrik hekimler ve hemşireler, kreş, anaokulu, okullar ve çocukların gittiği diğer kurumlarda da günün belli saatlerinde sağlık hizmeti sunarlar.[212]

Çocuk Danışma Merkezleri'nde emziremeyen annelerin bebekleri için *süt mutfakları* bulunur. Bebeklere 1 yaşına kadar süt ve ek gıdalar ücretsiz olarak sağlanır. Bu merkezlerde anne sütü de toplanmakta ve dağıtılmaktadır. Çocuk danışma merkezlerinde görevli diş hekimleri tarafından çocuklara ağız sağlığı hizmetleri sunulur. Bu hizmetler arasında florlama

---

[209] WHO (1960), *age*, sf: 19-20
[210] Ergenlik (y.n.)
[211] WHO (1962), *age*, sf: 32
[212] WHO (1962), *age*, sf: 15

gibi koruyucu hizmetler de yer alır.[213]

Çocuklar 7 yaşında ilkokula başlamadan önce pediatrik hekimler tarafından tıbbi muayeneden geçirilirler ve gerekli aşılamaları yapılır. Daha sonra okul hekimiyle işbirliği içinde yılda iki kez diş muayenesini de içeren genel muayeneler yapılır. Okullarda ayrıca çocuklar tüberküloz yönünden düzenli tarama programlarından geçirilirler.[214]

> ***Çocuk Hastaneleri ve Poliklinikleri:*** Bu kurumlar genellikle Çocuk Danışma Merkezleri'ni de içlerinde barındırırlar. Kural olarak çocuklar kendi bölgelerindeki hastaneye giderler ve gerektiğinde daha özelleşmiş hastanelere gönderilirler. Pediatrik hekimler polikliniklerde hasta kabul etmek yanında ev ziyaretleri yaparlar ve sağlık eğitimi verirler. 1957 yılı itibariyle toplam 45 bin pediatrik hekim olup, ortalama her bin çocuğa bir pediatrik hekim düşmektedir. En küçük hastanelerde dahi çocuk koğuşları bulunmaktadır.[215]

Polikliniklerde çocuk hekimleri dışında şu klinikler ayaktan bakım hizmeti sunar: nöroloji, göz, ortopedi, dermatoloji, KBB, diş, cerrahi. Ayrıca konuşma tedavisi speech therapy), beden eğitimi ve fizyoterapi bölümleri bulunmaktadır. Çocuk sanatoryumları ve diğer özel durumlar için bakım kurumları ayrı örgütlenmişlerdir.

***

Moskova İli Sağlık Departmanı 32 No'lu Çocuk Polikliniği: *Sovyetler Birliği'nde Çocuk Poliklinikleri 15 yaşına kadar çocuklara hizmet sunarlar. 32 No'lu Poliklinik Moskova'nın belli bir bölgesindeki 15.000 çocuğa hizmet sunmaktadır. Aynı zamanda bölgede yer alan 4 kreş, 12 anaokulu, 2 yatılı okul ve 9 okuldan sorumlu olup, bu okullara hekim ve hemşire desteği verir. Bölge, 20 yerleşim birimine (uçastok) bölünmüştür ve her birimden bir hekim ve hemşire sorumludur. Bir hekim 750-800 çocuktan sorumludur.*

Poliklinikte 65 hekim, 117 hemşire, birkaç diş hekimi ve yardımcı

---

213 WHO (1962), *age*, sf: 32 - 33

214 WHO (1962), *age*, sf: 33

215 WHO (1960), *age*, sf: 20

sağlık emekçileri vardır. Önleyici sağlık hizmetleri, fizik muayene, konsültasyon ve tedavi hizmetleri sunulur. Günlük ortalama sağlam çocuk poliklinik sayısı 500'dür. Hasta çocuklar poliklinikte değil, uçastoktan sorumlu hekim tarafından çocuğun evinde ziyaret edilir ve tedavileri yapılır. Hastane tedavisinin gerekli olduğu durumlarda hasta çocuk hastaneye sevk edilir. Hastane taburcu ettiği çocukları polikliniğe bildirir.
Bir gebe kadın doğum öncesi bakım için Gebe Danışma Merkezi'ne kaydolduğunda, Merkez Çocuk Polikliniği'ne bildirimde bulunur. Çocuk Polikliniği'nden bir halk sağlığı hemşiresi gebeyi evinde ziyaret ederek beslenme ve bebek bakımı eğitimine başlar. Bebek doğduğunda, doğumun yapıldığı merkez bebeği taburcu ederken Çocuk Polikliniği'ne bildirir. Bebek, en geç üç gün içinde evinde pediatrik hekim ve hemşire tarafından ziyaret edilir. İki hafta sonra anne bebeğini polikliniğe getirmeye başlar. Bu ziyaretler 1 yaşına kadar ayda bir sürdürülür. Anneleri tarafından getiril(e)meyen bebekler evlerinde izlenir. İkinci yıl anne bebeği yılda 4 kez polikliniğe götürür. Üçüncü yıl da yılda iki kez ve sonra 16 yaşına kadar yılda bir kez hekim muayenesi yapılır.
Her bebek ayrı ayrı kaydedilir ve vizitelerde bu kayıtlar hazır bulundurulur. Çocuk başka bir bölgeye taşındığında, kayıtlar bölgesine gönderilir. 16 yaşına gelen çocukların kaydı erişkin kliniğine nakledilir.[216]

Smolny Rayonu Çocuk Hastanesi: *Smolny Rayonu'nda 15 yaş altı çocuk nüfusu 14.000'dir. Bu çocukların gereksinimlerini karşılamak üzere 150 yatağı bulunan bu hastaneye prematür bebekler sevk edilir. Rayon 16 bölgeye ayrılmıştır. Her bölgenin hekim ve hemşireleri vardır.*[217]

---

[216] US Public Health Service, *age*, sf: 47
[217] US Public Health Service, *age*, sf: 81

> *Evde Tıbbi Bakım:* Hamile kadın veya çocuk hasta olduğunda eve hekim çağrılabilir. Hastanın tedavisine evde mi, hastanede mi devam edileceğine hekim karar verir. Çocuğun tedavisinin evde devam etmesine karar verilmesi durumunda evde hemşire hizmeti sağlanır.

> *Ambulans Hizmeti:* Hamile kadın doğum için ambulans çağırdığında, bir ambulans içinde bir ebe ile evine giderek kadını doğum yapacağı hastaneye nakleder. Benzer bir hizmet hastaneye gidemeyecek durumda olan çocuklar için de sağlanır.

> *Gebe Sanatoryumları:* Genellikle sendikalar tarafından kurulmuş ve doğum öncesi izin (56 gün) alan gebe emekçilerin hamileliklerini geçirdikleri kurumlardır.

Kırsal Alanlarda Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetleri

Kırsal alanda koruyucu ve iyileştirici hizmetler tamamen birleştirilmiştir. Kırsal bölge hastanesinin başhekimi aynı zamanda halk sağlığı programlarının olduğu gibi, ana ve çocuk sağlığı programlarının da sorumlusudur. Başhekime ana ve çocuk sağlığı hizmetleri konusunda bir kadın-doğum uzmanı ve bir pediatrik hekim yardımcı olur.[218]

Kırsal alanlarda ana rayon hastaneleri yanında, coğrafi nedenlerle (ulaşım, nüfusun dağınıklığı vb.) daha küçük ikincil hastaneler de olabilir. Bu hastanelerde de Kadın Danışma Merkezleri ve Çocuk Danışma Merkezleri bulunur. Doğum ve çocuk yatakları da bulunan genel hastanelerde ayrıca *süt mutfağı*, sanepid istasyonu ve ambulans hizmeti de bulunur. Hastane çevresinde birçok noktada *Gebe Evleri* olup bu evlerde 2-4 yatak, anneler için ayaktan bakım kliniği ve çocuklar için ayaktan bakım kliniği vardır. Gebe Evleri'nde bir feldsher ve bir ebe görevlidir. Aşılama-bağışıklama hizmetleri ebe tarafından yürütülür.[219]

Kırsal alanlarda sürekli ve geçici (mevsimlik) kreşler ve anaokulları vardır. Bunlar köylerde olabildikleri gibi, kolektif çiftliklerde de örgütlenmiş olabilirler. Kırsal kesimde tarım sektöründe çalışmak isteyen

---

218 WHO (1962), *age*, sf: 14

219 WHO (1960), *age*, sf: 20

her anne için, bebeğini veya çocuğunu çalışırken güvenle emanet edebileceği bir bakım sistemi Sovyetler Birliği'nin en ücra köşelerine kadar uzanmaktadır.[220]

Özetlemek gerekirse kırsal kesimde örgütlenme dört düzeyde gerçekleşir:

> *Rayon hastaneleri:* Genel hastaneler olup bir kadın-doğum klinikleri vardır.

> *Bölge hastaneleri:* Rayonlarda ihtiyaca göre kurulan, rayon hastanelerine bağlı daha küçük hastanelerdir. Bu hastanelerde gebe kadınlar için doğum yatakları ve jinekolojik hastalar için yataklar bulunur.

> *Kolektif çiftlik gebe evleri:* Büyüklükleri kolektif çiftliğin büyüklüğüne göre değişir. En küçük gebe evi bir resepsiyon, bir muayene odası, bir doğum öncesi ve iki doğum sonrası yatağı olan bir doğum koğuşu içerir. Bu evlerde ebeler ve diğer yardımcı sağlık emekçileri görevlidir. Gebe evinin faaliyeti en yakın hastanedeki kadın-doğum uzmanının yakın gözetimi altındadır. Gebelerin gerekli tetkikleri de bu hastanelerde yapılır. Bu evlerde anormal gebelikler kabul edilmez ve hastaneye sevk edilir. Evlerde aynı zamanda Anne Okulları da bulunur. Gebe evleri bebeklerin de 1 yaşına kadar izleminden sorumludur.

> *Feldsher/Ebe istasyonları:* Genellikle kolektif çiftliklerde örgütlü en küçük kırsal ana-çocuk sağlığı birimidir.[221]

Ana-Çocuk Sağlığı'nda Sağlık Eğitimi

Anne Danışma Merkezleri'nde çalışma saatleri annelerin çalışma saatlerine uyarlanmış Anne Okulları bulunur. Bu kurslara katılamayanlar için evlerinden katılabilecekleri mektupla öğrenim kursları vardır. Kırsal alanlarda eğitim görevini ebeler üstlenir ve kadınların eşlerine de eğitim verilir.

Gebe Hastanesi'nde loğusalık döneminde kadınlara hijyen, bebek bakımı ve beslenme eğitimi verilir. Eğitimlerde kitapçıklar ve görsel eğitim araçları kullanılır.

[220] WHO (1962), *age*, sf: 14
[221] WHO (1962), *age*, sf: 27-28

Bebek hastaneden taburcu olduktan sonra üç gün içinde pediatrik hekim ve hemşire tarafından yapılan ev ziyaretleri sağlık eğitimi bakımından çok önemlidir.

Daha sonra anne eğitimi Çocuk Danışma Merkezleri'nde sürdürülür. Bu eğitimlerde çocukların değişik yaşlarda giysi kullanımı, oyuncaklar ve beslenmelerine ilişkin demonstrasyonlar yapılır. Anneye çocuğu için beden eğitimi bilgileri verilir.

Kadınların ve Çocukların Sağlığını Korumak İçin Toplumsal Tedbirler

Gebeler ve emziren kadınlar özel koruma altındadır. Kadınlara gebeliğin 4. ayından itibaren fazla mesai verilemez. Emziren kadınlara her 3-4 saatte bir ücretli süt izni verilir ve geceleri çalıştırılmazlar. Hamile kadınlar istekleri dışında işlerinden çıkartılamazlar, ancak gerektiğinde daha hafif bir işe nakledilebilirler. Evli olmayan hamile kadınlara maddi yardım yapılır. Bütün gebeler doğum öncesinde ve sonrasında 56'şar gün (toplam 112 gün) ücretli izinlidir. Bu izin ikiz gebelik veya komplikasyon durumlarında doğum sonunda 70 güne uzatılabilir. Çocuklarına kendileri bakmak isteyen annelere ilaveten üç ay daha izin verilir. [222]

Bebek bakımı hizmetleri, annenin doğum sonrası izni bittikten sonra kreşlerde sürdürülmektedir. Çalışan annelerin bebeklerini ikinci ayın sonundan itibaren bırakabilecekleri kreşler Lenin tarafından, "kadını özgürleştiren ve komünist toplumun tohumu olan kurumlar" olarak tanımlanmışlardır. Kreşler fabrikalarda ve yerleşim yerlerinde örgütlenmişlerdir. Çocukları hastalanan annelere istekleri halinde, çocuğu muayene eden hekim tarafından çocuğuna hastalığı süresince bakabilmesi için ücretli izin verilir. Annenin işten uzun süre uzak kalması gereken durumlarda bu ücret sendika tarafından karşılanır.[223]

Ayrıca annelerin özgürce seyahat edebilmelerini sağlamak için demiryolu istasyonu kreşleri, geceleri sosyal yaşama katılabilmeleri için gece kreşleri açılmıştır. Kolhoz ve sovhozlarda yaz aylarında açılan kreşler bu-

---

[222] WHO (1960), *age*, sf: 19; WHO (1962) *age*, sf: 29

[223] WHO (1962), *age*, sf: 29

lunmaktadır. Fabrikalarda 1928 yılındaki 33 bin kreş yatağı sayısı, 1931 yılında 130 bine yükselmiştir. Kolhozlarda 1928 yılındaki 135 bin kreş yatağı sayısı, 1931 yılında 1,5 milyona yükselmiştir. Kreşlerden sonra çocuklar, ilkokula başlayana kadar sağlık bakımlarının sürdürüldüğü anaokullarına devam etmektedirler.[224]

5. Sağlık Eğitimi

Sağlık eğitimi ve sağlık bilgisinin yaygınlaştırılması bütün sağlık etkinliklerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Önleyici-iyileştirici sağlık hizmetlerinin bir yöntemi olarak kabul edilen sağlık eğitimi bütün kategorilerdeki sağlık emekçilerinin yükümlülüğündeki bir işlevdir. Topluma sistematik olarak sağlık eğitimi verilmesi uygulaması, Sovyetler Birliği'nin kurulduğu yıllarda, devlet tarafından planlanan ve finanse edilen bir devlet etkinliği olarak başlatılmıştır.

Sovyetler Birliği'ndeki sağlık eğitimi etkinliklerinin özelliği; hedefler, örgütlenme ve yöntemlere ilişkin genel teknik rehberliğin merkezi olarak güçlü bir şekilde verilmesi ve aynı zamanda yerel koşullara uyum yaklaşımlarında esneklik tanımasıdır.

Sağlık eğitimi hizmetlerinin iki amacı vardır:

> İnsanların sağlık bilgilerini arttırmak

> Halk sağlığı hizmetlerine ana hedeflerine ulaşabilmeleri için olanaklı her yardımı yapmak ve tıbbi ve önleyici hizmetlerin etkinliğini arttırmak

1960'lı yıllarda sağlık eğitiminin önemli bir rol oynadığı sağlık programlarının amaçları şunlardır:

> Belirli enfeksiyon hastalıklarının ölüm hızlarını azaltmak ve bazılarını eradike etmek[225]

> Çocuklarda morbidite[226] ve mortalite[227] hızlarını bağışıklama, erken

---

[224] Webb ve Webb, *age*, sf: 667

[225] Kökten yok etmek (y.n.)

[226] Hastalık oranı (y.n.)

[227] Ölüm oranı (y.n.)

hastanede bakımla (early hospitalization) ve ebeveynlere sağlık eğitimi yoluyla azaltmak

> Kadınları gebelik, loğusalık ve bebek bakımı ve beslenmesi konularında eğitmek

> Kardiyovasküler hastalıklarda[228] morbidite ve mortalite hızlarını azaltmak

> Erken tanının önemine vurgu yaparak kanser bilgisini arttırmak

> Tütün ve alkol kullanımının zararlı etkileri hakkında bilgiyi yaygınlaştırmak

> Sanayi kazaları dahil, kazaları önlemek

> Toplum içinde uygun beslenme, beden eğitimi ve spor dahil sağlıklı yaşam etkinliklerini arttırmak

> Sağlık emekçilerine yardımcı olacak sağlık gönüllülerinin sayısını arttırmak

Sağlık Eğitiminin Planlanması ve Örgütlenmesi

Sovyetler Birliği'nde sağlık eğitimi etkinliklerinin planlanması, yönetimi ve gözetiminden SSCB Sağlık Bakanlığı sorumludur. Sağlık Bakanlığı'na 1929 yılında kurulmuş olan ve yönetim merkezi Moskova'da bulunan Merkez Sağlık Eğitimi Bilimsel Araştırmalar Enstitüsü bilimsel ve teknik danışmanlık yapar.

Merkez Sağlık Eğitimi Bilimsel Araştırmalar Enstitüsü'nün görevleri şunlardır:

> Ana sağlık sorunlarına yönelik özgün sağlık eğitimi yöntemlerinin rolünü ve etkinliğini belirlemek için araştırmalar yapmak

> Toplumun çeşitli grupları arasında farklı çalışma ve yaşam koşullarını hesaba katarak, bilimsel sağlık eğitimi yöntemleri planlamak ve geliştirmek

> Sağlık eğitimi üzerine teknik literatür hazırlamak ve yayınlamak

> Araştırma bulgularına dayalı geliştirilen çeşitli görsel-işitsel gereçleri planlamak, sınamak ve üretmek

[228] Kalp ve damar hastalıkları (y.n.)

> Sağlık Eğitimi Dairesi'ne, sağlık kurumlarına ve sağlık eğitimi yapan eğitim, kültür departmanları, sanayi kuruluşları gibi diğer örgütlere yöntembilimsel yardım yapmak
> Sağlık eğitimi uzmanları, sağlık eğimimi alanında görevli sağlık personeli, genel olarak sağlık personeli ve okul öğretmenleri için eğitim programları geliştirmek ve örgütlemek
> Merkezi düzeyde kitlesel propagandayı örgütlemek.

Enstitüde bu görevler için 1960'larda yaklaşık 120 sağlık ve sağlık dışı uzman (öğretmenler, yöntembilimciler, biyologlar, psikologlar vb.) ve 250 teknisyen (fotoğrafçılar, sanatçılar, ciltçiler vd) istihdam edilmiştir.

SSCB Sağlık Bakanlığı'nın özel bir birimi olan *Merkezi Devlet Hijyen Müfettişliği* (Central State Sanitary Inspectorate) sağlık eğitimi alanında genel rehberlik vermekten sorumludur. Bu görev, Sovyetler Birliği'nde sağlık eğitiminin doğrudan gözetiminin yönetiminden sorumlu şef sağlık eğitimi müfettişinindir.

Her cumhuriyette Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık eğitiminden sorumlu bir birim ve sağlık eğitimi etkinliklerini sürdüren sağlık personeli ve diğer personele yardımcı olan bir Sağlık Eğitimi Dairesi bulunur.

Sağlık Eğitimi Daireleri çeşitli yönetimsel düzeylerde önde gelen örgütsel ve yöntembilimsel sağlık eğitimi merkezleridir. Bölgelerinde kitlesel sağlık eğitimi etkinlikleri geliştirilmesine rehberlik ederler. SSCB'de ilk Sağlık Eğitimi Dairesi 1920 yılında açılmıştır. 1963 itibariyle cumhuriyet, oblast ve rayon düzeylerinde 360 Daire bulunmaktadır.

Her Daire sağlık eğitimi alanında eğitim almış bir hekim tarafından yönetilir. Bu hekim aynı zamanda yerel sağlık departmanlarının sağlık eğitimi müfettişi olup, bu kurumların yürüttüğü sağlık eğitimi etkinliklerini denetler. Daire'deki görevli sayısı, Daire'nin hizmet sunduğu nüfusa göre değişir. 1961 yılında 3,4 milyon nüfuslu Leningrad Sağlık Eğitimi Dairesi'nde toplam 35 hekim, sağlık eğitimi eğiticisi ve idari personel varken, 1 milyon nüfuslu Taşkent'te toplam 24 personel bulunmaktadır. Bu personel tıp fakültelerinde Sağlık Eğitimi derslerine de girerler.

Dairelerin yöntembilim birimleri eğitim gereçlerini hazırlar ve kulla-

nımlarını gözetir; kurslar, seminerler ve dersler düzenler; sağlık emekçileri ve okul personelinin sağlık eğitimi yöntemleri konusunda danışmanlık sağlar; sağlık eğitimlerinde dağıtılan metin ve konuşmaları değerlendirir.

Bütün düzeylerde sağlık eğitimi etkinliklerinin eşgüdümünden *Sağlık Eğitimi Konseyleri* sorumludur. Bu konseyler sağlık personeli, sendikaların, yerel Sovyet'lerin ve Kızılay-Kızılhaç Birliği temsilcilerinin katılımıyla oluşur.

Sağlık eğitiminde kırsal ve kentsel alanlarda sağlık eğitiminin örgütlenmesinden ve gözetiminden, bünyesinde bir sağlık eğitimi müfettişi bulunan sanepid istasyonları sorumludur. Hastaneler ve polikliniklerde sağlık eğitimi, bünyelerinde bulunan sağlık eğitimi birimi veya en azından sağlık eğitimi uzmanı tarafından örgütlenir.

Sağlık Emekçilerine "Sağlık Eğitimi" Eğitimi

Sovyetler Birliği'nde bütün sağlık emekçileri ayda en az 4 saat kitlesel sağlık eğitimi vermekle yükümlüdür.

Hekimler: Tıp fakültelerinin dördüncü sınıfında Halk Sağlığı Örgütlenmesi dersi içinde 8 saat sağlık eğitimi konusu işlenir. Bu derslerde sağlık eğitiminin ilkeleri (metin veya konuşma hazırlama, poster tasarımı, el ilanı ve diğer görsel-işitsel gereçlerin hazırlanması vb.) verilir ve Sağlık Eğitimi Dairesi ziyaret edilir.

Feldsherler: Feldsherler eğitimleri sürecinde 30-40 saat sağlık eğitimi dersi alırlar. Dersin içeriğini şu konular oluşturur:

> Kendi alanlarında sağlık eğitiminin amacı ve içeriği
> Sözel propaganda yöntemleri
> Yazılı propaganda yöntemleri
> Görsel medya kullanım yöntemleri
> Sağlık eğitimi örgütleme ilkeleri
> Hijyen ve salgınlara karşı kampanyaların sağlık eğitimi boyutu

Hemşireler: Hemşire eğitimi içinde sağlık eğitimi dersine 20 saat ayrılmıştır. Ancak kreş veya anaokulu hemşiresi olmak isteyenler 70 saatlik özel bir kursa katılırlar.

Sağlık Eğitimi Uzmanı: Merkez Sağlık Eğitimi Bilimsel Araştırmalar Enstitüsü tarafından 2 yıllık bir eğitim programı verilir. Programa 3 yıl zorunlu hizmetini yapmış hekimler katılır. Program aşağıdaki alanlarda teorik ve pratik dersleri kapsar:

> SSCB ve diğer ülkelerde sağlık eğitiminin tarihi
> SSCB'de Sağlık Eğitimi Daireleri'nin oluşturulması ve gelişimi tarihi
> SSCB'de Sağlık Eğitimi Daireleri'nin departmanlarının saha çalışmaları (özellikle cumhuriyet düzeyindekiler)
> Sağlık bakımı merkezlerinde, önleyici sağlık kurumlarında ve sanepid istasyonlarda sağlık eğitimi etkinlikleri
> Sözel propaganda
> Yazılı ve görsel propaganda, eğitim ortamında film kullanımı
> Toplumsal sağlık örgütlerinin üyeleri ile işbirliği kurabilme yöntemleri
> Kanser, tüberküloz ve bulaşıcı hastalıklara ilişkin özel sağlık eğitimi yöntemleri
> SSCB'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin tarihi

Ayrıca sağlık eğitimi etkinliklerine katılan personel için 2 aylık kısa kurslar olup, aşağıdaki konular işlenmektedir:

> SSCB'de sağlık propagandası teorisi ve uygulaması
> Genel ve özel sağlık eğitimi yöntemleri
> Halk sağlığı tarihi ve yönetimi
> Tıbbın önleyici boyutları
> Öğretme ilkeleri

Sağlık Eğitimi Uygulamaları

Üç tür sağlık eğitimi vardır:

> Bireysel sağlık eğitimi (evde veya sağlık kurumlarında hastalar veya müracaat edenlerle yapılan görüşmeler sırasında yapılan eğitim)
> Proflaktik grup toplantılarında ve Anne Okulları'nda (anaokulu değil) yapılan grup eğitimleri
> Konferanslar, radyo konuşmaları, gazete makaleleri yoluyla kitlesel sağlık eğitimi

Kentsel Alanlarda Sağlık Eğitimi Uygulamaları

Hastaneler (Rayon Hastanesi sağlık birimleri kompleksinin hastane bölümü): Hastanelerdeki sağlık eğitiminin amaçları şöyle sıralanabilir:

- Hastaların hastanede kaldıkları süre içinde tedaviyi anlamalarına ve işbirliği yapmalarına yardımcı olmak
- Hastanın hekimin tavsiyelerine neden uyması gerektiğini açıklamak
- Hastaya gerekli sağlık bilgisi sağlamak
- Hastaya eve döndüğünde relapsları[229] önleyecek alışkanlıklar kazandırmak

Hastanelerde sağlık eğitimi bir hekim tarafından yönetilen "Sağlık Eğitimi Bölümü" tarafından yürütülür. Bölüm hastanenin çeşitli servisleri tarafından hazırlanan sağlık eğitimi planlarını değerlendirir, onaylar ve uygulanmasına yardımcı olur. Eğitimlere teknik destek sağlar. Eğitimler birebir görüşmeler, grup konuşmaları, konferanslar, soru-yanıt oturumları, radyo yayınları, filmler, okumalar, gösteriler ve çalışma gruplarını kapsar.

Ayaktan Bakım Departmanları (Poliklinikler): Ayaktan bakım departmanlarında sunulan sağlık eğitimi hizmetleri şöyle sıralanabilir:

- Başvuran hastaların eğitimi
- Sağlam başvuranların eğitimi
- Bireysel ve toplumsal sağlık eğitimi

Pokliniklerde sunulan sağlık eğitimi hizmetleri Sağlık Eğitimi Dairesi tarafından desteklenir ve sağlık eğitimi alanında eğitimli bir hekim sorumluluğunda yürütülür.

Topluma yönelik eğitimlerde, ev ziyaretlerindeki birebir görüşmelere ağırlık verilir. Polikliniklerin sorumlu olduğu alan 2-4 bin nüfuslu bölgelere (sektör) ayrılmıştır ve her sektörden bir hekim ve bir hemşire sorumludur. Bu sağlık emekçileri, sektörlerindeki insanların hastalıklarını erken tespit etmekten, enfeksiyon odaklarının kontrolünden, bağışıklamanın gözetiminden, çevresel hijyenin iyileştirilmesinden, hastaların te-

[229] Relaps: Hastalığın tekrarlaması (y.n.)

davisinden, gerektiğinde hastaneye sevk etmekten, sağlık gönüllülerinin gözetiminden ve sağlık eğitiminden sorumludur. Birebir ev görüşmeleri yanında işyerlerinde, kulüplerde ve apartman sakinleri toplantılarında konuşmalar yapılır. Soru-yanıt oturumları çok popülerdir.

Poliklinik eğitimlerinde hastalarla birebir görüşmeler yanında, aynı hastalığa sahip insanlar bir araya getirilerek grup toplantıları yapılır.

Kitlesel propaganda etkinliklerinde filmlerden, gösterilerden ve polikliniklerden hoparlörlerle yapılan yayınlardan yararlanılır.

Dispanserizasyon yöntemi ile hastaların izlemi tıbbi bakımın önemli bir özelliğidir. Bu hastalara uzun süreli sağlık eğitimi verilir.

Ana-Çocuk Sağlığı: Ana-çocuk sağlığına ilişkin sağlık eğitimi evlerde, anne ve çocukların başvurduğu Kadın Danışma Klinikleri'nde, Gebe Sağlık Merkezleri'nde, Gebelik Departmanları'nda, kreşlerde, anaokullarında, Çocuk Danışma Klinikleri'nde, dinlenme evlerinde, sanatoryumlarda, çocuk (pioneer) kamplarında ve işyerlerinde verilir.

Anneler için sağlık sınıfları (Anne Okulları) en etkin sağlık eğitimi aracıdır. Gebelik hijyeni, kürtaj, normal doğum, bebeğin fiziksel gelişimi, çocuk bakımı ve beslenmesi, ishal ve solunum yolu hastalıklarının önlenmesi gibi konularda sağlık eğitimi verilir. Uygulamalı bebek bakımı eğitimi yapılır. Psikoproflaksi (ağrısız normal doğum), emzirme ve sağlıklı çocuk gelişimi kursları vardır.

Sanepid İstasyonları: Kırsal kesimdeki çok küçük nüfuslu yerleşim yerleri dışında bütün sanepid istasyonlarında sağlık eğiticileri (hekim veya diğer sağlık emekçileri) bulunur. Sanepid istasyonlarında sunulan sağlık eğitiminin konuları şunlardır:

- Çevre, kişisel sağlık, beslenme, enfeksiyon hastalıklarının önlenmesi
- Hükümetin sağlık politikası ve düzenlemeleri ile sağlık hizmetleri hakkında toplumun bilgilendirilmesi
- Gönüllü sağlık aktivistlerinin eğitimi
- Bölgelerindeki sağlık personelinin sağlık eğitimi

Kırsal Alanlarda Sağlık Eğitimi Uygulamaları

Esas olarak kırsal alanda sağlık eğitiminin kentsel alandaki sağlık eğitimi örgütlenmesinden farkı yoktur, ancak kırsal alanda eğitimin vurgu yaptığı konular farklıdır. Kişisel ve mesleki (tarımsal) sağlığa, çevresel hijyene, kazaların önlenmesine, bulaşıcı hastalıklar ve paraziter infestasyonlardan[230] korunmaya önem verilir.

Kırsal alanın diğer bir farkı ise bu alanlardaki çalışma koşullarının (mevsimsellik) değişkenliğidir. İnsanları sağlık filmlerini izlemeleri için salonlara davet etmek yerine, kırsal alanlarda çiftliklere gezici hizmet veren mobil sinemalar kullanılmaktadır.

İşyerlerinde Sağlık Eğitimi

İşyerlerinde bulunan mediko-saniter departmanlar, bir hastane, bir ayaktan bakım kliniği, acil odaları, proflaktoryumlar, anaokulu ve kreşten oluşan komplekslerdir. Emekçilere sağlık eğitimi bu kurumlarda sunulur.

İşyerlerinde sağlık eğitimi örgütlenirken şu faktörler dikkate alınır:

> Üretim süreçlerinin özellikleri
> Üretim süreçleri ile ilişkili morbidite ve kaza istatistikleri
> Emekçi grubun yaş, cinsiyet ve genel sağlık durumu

İşyerlerinde sağlık eğitimi Hijyen Enstitüsü, Sendikalar Merkez Konseyi, çeşitli sanayi dallarından sorumlu Bakanlıklar ve bölgesel ekonomik konseylerin işbirliğiyle hazırlanır.

Sanatoryumlar, Dinlenme Evleri ve Sağlık Tatil Köyleri'nde Sağlık Eğitimi

Sanatoryumlar hastaların uzun süreli bakımı için kurulmuş sağlık kurumları olup, erken dönemlerde ağırlıkla tüberkülozlu hastalar tedavi edilirken, 1960'larda kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve diğer kronik hastalıklar da sanatoryumlarda tedavi edilmeye başlamıştır.

Dinlenme Evleri hastaların nekahat dönemlerini geçirdikleri sağlık kurumlarıdır.

---

[230] Kene vb.. parazitlerin vücutta bulunması (y.n.)

Sağlık Tatil Köyleri mineral suların, tıbbi çamurların ve kaynakların bulunduğu sağlık kurumlarıdır.

Bu kurumlarda sağlık eğitimi düzenlenirken iki faktör dikkate alınır:

> Zamanın uzun olması nedeniyle daha yapılandırılmış eğitimlerin sunulabilmesi

> Hastanın sağlığı üzerinde mevsimsel faktörlerin etkili olabilmesi

Sanatoryumlardaki çocuklar için sağlık eğitimi, bu çocukların formal eğitimlerinden geri kalmamaları için, oluşturulan formal eğitim programları içinde sunulur.

Halkın Sağlık Üniversiteleri

İlk Sağlık Üniversitesi 1959 yılında kurulmuştur. Sağlık Üniversiteleri'nin amaçları şunlardır:

> Hastalıkların proflaksisi ve tedavisi hakkındaki sağlık bilgisini toplumda yaymak

> Evde ve işte arzu edilen sağlık alışkanlıkları ve uygulamalarının toplum tarafından benimsenmesini sağlamak

Müfredat programı, Sağlık Bakanlığı, Bilimsel ve Politik Bilgiyi Yayma Birliği'nin Sağlık Bölümü ve Sağlık Eğitimi Dairesi tarafından hazırlanır. Okul ücretsizdir. Dersler tıbbi ve bilimsel araştırma enstitülerinin görevlileri ve yerel mediko-proflaktik birimlerin hekimleri tarafından verilir.

Programın süresi 2 yıldır. Genellikle iş saatleri dışında ayda iki kez iki saatlik dersler yapılır ve kurs sonunda katılımcılara sertifika verilir.

Sağlık Eğitimi Okulları

Büyük sanayi kuruluşlarında ve kollektif çiftliklerde örgütlenmiş 6 aylık kurslar olup, sağlık personeli ve/veya bu kurumlarda sağlık eğitimi ile görevli eğitimciler görev alırlar. Sağlık Eğitimi Dairesi ile işbirliği içinde yürütülür. Her okulun bulunduğu kuruma özgü bir müfredatı vardır.

Sovyetler Birliği'nde Hekim Eğitimi

Sovyetler Birliği, Çarlık Rusya'sı coğrafyasında 1917 Ekim Devrimi ile yeryüzünde emeğin egemen olduğu ilk ülkedir. Marksist yazarlar arasında bu ülkede emeğin egemenliğinin kaç yıl sürdüğü konusunda görüş ayrılıkları bulunmakla birlikte, 1980'lerin ortalarından itibaren sermayenin yeniden egemenliğini kurmaya başladığı Sovyetler Birliği, 1991 yılında tarih sahnesinden çekilmiştir.

Sovyet deneyimi, sermayenin gereksinimlerine göre örgütlenmiş yaşamın, emeğin gereksinimlerine göre yeniden örgütlenmesi deneyimidir. Emek, bu deneyimden gelecek için önemli dersler çıkartmıştır. Sovyet deneyiminden hekim eğitimi alanında da çıkartılacak önemli dersler vardır. Günümüzde bütün ülkelerin hekim eğitiminde benimsediği ve halen sürdürmekte olduğu pek çok yenilik ilk kez Sovyet dünyasında ortaya çıkmış ve geliştirilmiştir. Bunlardan birkaçı şunlardır:

> Hekim eğitiminin emekçilere ve kadınlara açılması

> Müfredat içinde teorik dersler yerine uygulamalı eğitime ağırlık verilmesi

> Tıp fakültelerinde eğitici kadrolarda görev alacakların pedagojik eğitimden geçirilmesi

> Hastane ve sağlık merkezi ortamlarında yapılan yaz stajları

> Dünyadaki ilk Tıp Eğitimi Kürsüsü'nün kurulması

Ekim 1958'de Dünya Sağlık Örgütü 21 ülkeden 23 öğretim üyesini Sovyetler Birliği'nin sağlık hizmetlerini incelemek üzere, bu ülkeyi zi-

yaret etmeye davet etmiştir.[231] İncelemelerini bir raporla sunan grup, raporun Sovyetler Birliği'nde tıp eğitimine ilişkin bölümüne şu cümlelerle başlamaktadır:

> "Sovyet tıp eğitimi sistemi bazı özellikler sergilemektedir ve tıp eğitimi sistemini tam olarak anlayabilmek için sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin amaç ve hedeflerinin anlaşılması gerekir. (...) Sovyetler Birliği'nde hekim eğitimi, Sovyet sağlık örgütlenmesinin ve sağlık hizmetlerinin gereksinimlerini yanıtlayacak şekilde yapılandırılmıştır. İyileştirici ve önleyici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve anneler, çocuklar ve sanayi işçilerinin özel gereksinimlerine öncelik verilmesi, bu alanlarda uzmanlaşmış hekimler gerektirmektedir."[232]

Gerçekten de tıp fakültelerindeki "erken uzmanlaşmayı", öğrenci seçim ölçütlerini, müfredatın zaman içinde neden değiştiğini, bu ülkenin sağlık sistemi hakkında bir fikir sahibi olmadan kavrayabilmek çok zordur. Bu nedenle çalışma içinde Sovyet sağlık sistemine ilişkin geniş bilgi verilmeye çalışılmıştır.

Sovyet Deneyimi'ne ilişkin birinci elden kaynaklara ulaşmanın zorluğu bir yana, konuda devasa bir bilgi kirliliği bulunmaktadır. Kaynakların bir kısmı propaganda amacıyla Sovyet "yanlısı", bir kısmı ise karşı-propaganda amacıyla "anti-komünist" oldukları yazılarının her satırından kolayca anlaşılabilen yazarlar tarafından kaleme alınmıştır. Özellikle Birleşik Devletler'de McCarthy döneminde, Avrupa'da Nazi Almanya'sı döneminde ve Soğuk Savaş yıllarında dünyanın hemen her yerinde Sovyetler Birliği'nde olup bitenlere nesnel yaklaşabilmek neredeyse olanaksız hale gelmiştir.

Diğer yandan çoğu kısa süreler için Sovyetler Birliği'nde bulunmuş batılı yazarların Sovyetler Birliği'nde kendilerine tamamen yabancı bir sistemi kavrayabilmeleri oldukça güçtür. Bu durum makalelerde sık sık

---

231 WHO (1960), *age*, sf: 7

232 WHO (1960), *age*, sf: 32-33

kendisini göstermektedir. Örneğin Arbatsky[233] makalesinde, bir Sovyet kaynağının 1958 yılında tıp fakültesi sayısını 80 olarak vermesine karşın, bir batılı araştırmanın bu sayıyı 85 olarak bulduğunu belirtmiş ve bu farkı, Sovyetler Birliği'ndeki kayıtların güvenilir olmamasına bağlamıştır. Oysa aynı derginin bir editör yazısında[234] belirtildiği gibi, bazı batılı yazarlar, aynı tıp enstitüsü (Medvuz) içinde bulunan fakat diş hekimliği ve eczacılık eğitimi veren fakülteleri, yanlışlıkla tıp fakültesi olarak sayabiliyorlardı. Yine SSCB'de sadece uzmanlık eğitimi veren enstitüleri de tıp fakültesi ile karıştıran yazarlara literatürde sıkça rastlanmaktadır.

Terminoloji de bir sorun oluşturmaktadır. İkinci el kaynaklara birkaç dilde çeviri yapılarak ulaşılabilmektedir. Amerikan terminolojisinde "medical school" tıp fakültesine karşılık gelirken, Sovyet terminolojisinde ebe veya hemşire gibi sağlık personeli yetiştiren lise dengi meslek okulu anlamına gelmektedir. Sovyetler'de tıp fakültelerinde batılı yazarlarca "erken uzmanlaşma" (early specialization) olarak adlandırılan, temel hekim eğitiminde belli bir disipline (genel tıp, pediatri veya halk sağlığı) ağırlık verilen ve hiçbir batılı ülkede görülmeyen bir uygulama vardır.

Batılı yazarlar, özellikle halk sağlığı fakültelerinden mezun olanları "hekim" olarak kabul etmekte tereddüt göstermektedirler. Yine feldsher adı verilen ve dilimize hekim yardımcısı olarak çevirebileceğimiz kategori, mesleki olarak hekim ile hemşire arasında bir yerde durmaktadır ve hekim bulunmayan yerlerde kimi hekimlik işlevlerini üstlenen feldsherler batılı yazarları yanıltabilmektedirler.

Diğer bir handikap, bazı batılı yazarların dünyaya bakmakta ve algılamakta kullandıkları merceklerdir. Solomon,[235] SSCB'ye tıp eğitimini incelemek için giden Gregg için önemli olanın laboratuarlar ve klinik eği-

---

[233] Arbatsky, Y.G. (1962). *Recent Advances in Medical Education*, sf. 840. Journal of Medical Education, 37(9).

[234] JME. (1955). *"Facts" About Medicine in the USSR (Editorial)*, sf. 342. Journal of Medical Education, 30(6).

[235] Solomon, S.G. (2002). *"Being There": Fact-Finding and Policymaking: The Rockefeller Foundation's Division of Medical Education and the "Russian Matter," 1925–1927*, sf: 402-405 The Journal Of Policy History, 14(4); Solomon, S.G. (2003). *Building Bridges: Allen Gregg and Soviet Russia, 1925-1928*, sf. 174. Minerva, 41.

tim olması nedeniyle, ziyareti sırasında bu alanlara "baktığını", fakat epidemiyoloji alanında neler olup bittiğini "göremediğini" ve dolayısıyla raporunda yansıtmadığını ifade etmiştir. Yine makalesine "SSCB'de Tıp Eğitimi" başlığı koyan, fakat daha makalesinin girişinde caddelerde gördüğü "elbisesi ütüsüz, ayakkabıları boyasız ve makyajsız" insanları anlatmadan edemeyen Chauncey Leake,[236] bu "olumsuz" görünümün kendisinde uyandırdığı rahatsızlığı makalesinin her yerinde yansıtmıştır.

Rusça kaynaklara ulaşılamaması ve bunların çoğunun diğer dillere çevrilmemiş olması, bu alanda yapılacak çalışmaları daha baştan "yüzeysel" kalmaya mahkum etmektedir. Çalışmanın kaynakçasında görülebileceği gibi bu çalışmada ağırlıklı olarak *British Medical Journal*, *Journal of Medical Education* ve *Academic Medicine* dergilerinde yayınlanmış makalelerden yararlanılmıştır. Bu makalelerin tamamına yakını, çeşitli nedenlerle (karşılıklı değişim programları, bilimsel kongreler vb.) Sovyetler Birliği'ni ziyaret eden batılı ülkelerden hekimlerin izlenimlerinden oluşmaktadır. Bu nedenle eklektisizm eleştirisiyle karşılaşma pahasına elden geldiğince geniş bir kaynak yelpazesinde çalışılmış ve tıp eğitiminde Sovyet deneyimine ilişkin bütünlüklü bir yaklaşıma ulaşma çabası gösterilmiştir.

Son olarak, 1917-1970 dönemi içinde Sovyetlerin dışa kapandığı veya batının Sovyetleri izole etmeye çalıştığı karanlık yıllar vardır. Kaynakların çoğu 1920'lerin başlarında ve 1950'lerin sonlarında kaleme alınmıştır. Dünya ekonomik bunalımı nedeniyle bütün ülkelerin içe kapandığı 1930'lar ve İkinci Paylaşım Savaşı yılları ne yazık ki karanlıkta kalmaktadır. Bu yıllara ilişkin verilerin yokluğu çalışmanın en büyük eksikliğidir.

1. 1917 Sonunda Durum

Sovyetler Birliği'nin Rus Çarlığı'ndan kaç hekim devraldığına ilişkin güvenilir bir kaynak bulunmamaktadır. Özellikle Ekim Devrimi sonrasında Rusya'daki hekimlerden kaç tanesinin ülkeyi terk ettiği veya politik nedenlerle ülkeden kaçtığı bilinmemektedir. Ancak devrim önce-

---

[236] Leake, C. (1957). *Medical Education in the USSR*, sf. 269. Journal of Medical Education, 32(4).

sinde tıp eğitiminin paralı olması nedeniyle hekimlerin büyük çoğunluğunun emekçi kökenli olamayacağı açıktır. Dahası, devrim sonrasında Rusya'dan ayrılan ülkelerle birlikte, bu ülkelerdeki hekimlerin de bir bölümü Rusya'dan ayrılmıştır. 1917 yılında Rus Çarlığı'ndan Sovyetler Birliği'ne miras kalan hekim sayısına ilişkin farklı kaynaklar, farklı rakamlar sunmaktadır:

> Haines: 12.677[237]
> Webb: 13 bin veya altında[238]
> Starr: 19.800[239]
> Newsholme ve Kingsbury: 26 bin[240]

Her halukarda Çarlık Rusya'sında hekim başına düşen kişi sayısı en iyimser rakamla dahi 5.800 kişi olup, bu oran aynı dönemde hekim başına 800 kişi düşen Amerika Birleşik Devletleri'nin veya hekim başına 1.400 kişi düşen Birleşik Krallığın durumuyla kıyaslanamayacak kadar kötüdür.[241] Dahası Rusya'da kırsal kesimde bu rakam 21 bin kişiye bir hekim oranını bulmaktadır.[242] 1923 yılında Moskova'da 4.190'i devlet hizmetinde olan toplam 5.440 ve Leningrad'da 2.608'i devlet hizmetinde toplam 3.240 hekim bulunmaktadır.[243]

Ekim Devrimi'yle birlikte, Lenin'in "ulusların kendi kaderini tayin hakkı" çerçevesinde Rus Çarlığı'nın boyunduruğundaki ulusların ayrılma hakkını tanıması; Finlandiya, Polonya ve Baltık ülkelerinin ayrılmalarına ve bunun sonucunda Helsingfors, Varşova ve Dorpat tıp fakültelerinin de yitirilmesine sebep olmuştur.[244] Devrim sonrası patlak veren iç savaşta

---

[237] Haines, *age*, sf: 94
[238] Webb, *age*, sf: 682
[239] Starr, A. (1958). *Medical Education in Soviet Russia*, sf: 829. Journal of Medical Education, 33(12).
[240] Newsholme ve Kingsbury, *age*, sf: 17. Bölüm
[241] Gantt (1924), *age*, sf: 1056
[242] Webb, *age*, sf: 682
[243] Sigerist, *age*, sf: 119
[244] Gantt (1924), *age*, sf: 1056

da birçok hekimin yaşamını yitirdiğini unutmamak gerekir.[245]

1917 sonunda Sovyetler Birliği'nde,

> Leningrad'da 3,

> Moskova'da 2,

> Kiev, Odesa, Kazan, Saratov, Harkov, Ekaterinoslav, Perm'de birer tane ve

> Krasnodar'da yeni açılan bir tıp fakültesiyle toplam 13 tıp fakültesi bulunmaktadır.[246]

Eğitim süreleri 5 yıl olan bu okullarda toplam 7-8 bin öğrenci vardır ve yılda 1.500 kadar hekim mezun etmektedirler.[247]

Devrim sonrasında hekim eğitimine ilişkin büyük değişimler yaşanmıştır:

> Ülkenin gereksindiği çok sayıda hekim emekgücünün, tıp fakültelerinin ve tıp fakültelerine kabul edilen öğrenci sayısının hızla arttırılarak sağlanması

> Sovyet sağlık anlayışı çerçevesinde örgütlenen Sovyet tipi sağlık hizmetlerini sunabilecek nitelikte hekim emekgücü yetiştirilmesi

Yeni Tıp Fakültelerinin Açılması

Devrimden sonra bütün üniversiteler devletleştirilmiş ve M. Lunaçarski' nin başında bulunduğu Sovyetler Birliği Eğitim Bakanlığı'na (Narkompros - Narodnyi Kommissariat Prosvescheniia) bağlanmıştır, ancak uzmanlık eğitiminin verildiği enstitüler Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır.[248] 1918-1921 döneminde tıp fakülteleri de üniversitelerle birlikte devletleştirilmiştir.[249] Eğitim Bakanlığı'nda tıp eğitimi bölümü başkanı Nörolog Prof. Dr. W.

---

[245] Sigerist, *age*, sf: 118

[246] Gantt (1924), *age*, sf: 1056; Kurashov, S.V. (1954). *Medical Education in the Soviet Union*, sf: 510. British Medical Journal, 2 (4886).

[247] Kurashov, *age*, sf: 510; Ostroverkhov, G.E. (1961). *Higher Medical Education in the USSR*, sf: 986. Academic Medicine, 36(9).

[248] Solomon ve Krementsov (2001), *age*, sf: 275

[249] Gantt (1924), *age*, sf: 1056; Gregg (1927), *age*, sf: 11

Bronner'dir.[250]

Sovyet Hükümeti tarafından atanan rektör, dekanları belirlemektedir. Öğretim üyeleri dahil bütün üniversite çalışanlarının atamalarını yapan komite, biri Politik Komiserlik, biri Narkomzdrav ve biri öğrenci örgütünden gelen üç üyeden oluşmaktadır. Öğretim üyelerinin seçim yönteminin okullar için büyük önemi vardır. Devrim öncesinde öğretim üyesi adayı Bakan tarafından onaylandıktan sonra profesörler (öğretim üyesi) kurulu tarafından seçilirken, devrimden sonra Moskova'daki Devlet Bilim Konseyi tarafından belirlenmeye başlamıştır.[251]

Devrimden sonra 1922 yılına kadar, amansız bir iç savaşın yaşandığı bir dönemde, beş yıldan daha kısa bir zaman içinde 21 yeni tıp fakültesi açılarak tıp fakültesi sayısı 34'e yükseltilmiştir.[252]

Öğrenci Seçimi Ölçütlerinin Değiştirilmesi

Sağlık Bakanı Dr. Semaşko, Sovyetler Birliği'nde devrim sonrası geliştirilen yeni öğrenci seçim ölçütleri ve bunların uygulanması konusunda şunları yazmaktadır:

> "Bir köylü ve işçi devletinde her şeyde önceliğin köylü ve işçilerin kendisine verilmesi gerektiğinden, öğrencinin sınıfsal konumu öğrenci kabulünde temel ilke olarak seçilmiştir. Bu öğrenci seçme sisteminin bir proleter devletin gereksindiği türde, proletaryadan ve köylülükten gelen ve bunların yaşam biçimini ve gereksinimlerini bilen bir tıp insanının oluşturulmasıyla sonuçlanacağını umuyoruz."[253]

Ancak Sovyet hükümetinin tıp eğitimine, Semaşko tarafından tanımlanan ölçütlere göre kabul edilecek öğrencilerin sağlanması noktasında aşılması gereken bazı zorluklar vardır. Gregg,[254] 1914 yılında Rus asker-

---

[250] Gregg (1927), *age*, sf: 21

[251] Gantt (1924), *age*, sf: 1057; Gregg (1927), *age*, sf: 22

[252] Kurashov, *age*, sf: 510

[253] Semaşko'dan aktaran Gregg (1927), *age*, sf: 273-274

[254] Gregg (1927), *age*, sf: 5

leri arasında okur-yazar olmayanların oranının %74 olduğunu belirtmektedir. Rus Çarlığı'nda ilköğretim zorunlu değildir. Kuzey yarıkürenin bu dev ülkesinde ilköğretim ilk kez 1923 yılında zorunlu hale getirilmiştir.[255] 1924 yılında nüfusu 130 milyonu bulan Sovyetler Birliği'nde 65 milyon insanın okuma-yazma bilmediği tespit edilmiştir. Yeni rejimin genel eğitim politikası, çok az insanın çok iyi eğitim aldığı ve geri kalanın hiç eğitim almadığı eski okulları yıkmak veya tamamen değiştirmek ve milyonlara en azından temel eğitim verilecek bir sistem kurmak olmuştur.[256]

Devrimden sonra yüksek öğrenimde okul ücretleri kaldırılarak proleter kökenli öğrencilerin üniversitelere ve dolayısıyla tıp fakültelerine girebilmeleri sağlanmıştır. Ancak bu da yeterli değildir. Öğrencilerin öğrenimlerini sürdürebilmeleri için bütün tıp öğrencilerine burs verilmektedir ve burs miktarı öğrenci ileri sınıflara geçtikçe artmaktadır. Başarılı öğrencilere ek harçlık verilmektedir.[257] Tıp fakültesi öğrencilerine verilen harçlık yanında, hastanede yaptıkları işler için maaş ödenmektedir.[258]

Sonuç olarak tıp eğitimine öğrenci kabulünde proletaryaya belirgin bir öncelik verilmiştir (Tablo 2). Gerek "eski" liselerin kapatılması ve gerekse "her şey herkesindir" ilkesinin bir dereceye kadar okullara da yansımasıyla, 1918, 1919 ve 1920 yıllarında tıp fakültelerine öğrenci alımında akademik bakımdan yeterlilik aranmamıştır.[259]

Düzgün bir üniversite öncesi eğitimi olmayan işçi ve köylü gençlerin doğrudan tıp müfredatıyla karşılaşmasının yaratacağı sorunlar göz önüne alınarak, devrimden hemen sonra gençlerin akademik eksikliğini tamamlamak üzere İşçi Fakülteleri (*Rabfak*) açılmıştır. Bu fakültelerin amacı emekçi gençleri yüksek öğretime hazırlamaktır. Bu fakültelerde dilbilgisi, edebiyat, matematik, fizik, kimya ve politik bilimler dersleri verilmiştir.[260]

---

[255] Newsholme ve Kingsbury, *age*, Bölüm 10
[256] Gantt (1924), *age*, sf: 1055
[257] Gantt (1924), *age*, sf: 1058
[258] Newsholme ve Kingsbury, *age*, 17. Bölüm
[259] Gantt (1924), *age*, sf: 1056
[260] Sigerist, *age*, sf: 120-121

Tablo 2: Leningrad Tıp Fakültesi'nde Tıp Öğrencilerinin Sınıfsal Konumu

Yıl	1913–1917	1918	1919	1920	1921	1922
Proleter köken (%)	19	30	52	62	84	93

Kaynak: Gantt (1924), age, sf: 1057

Ancak öğrenci alımında akademik bakımdan yeterlilik aranmaması uygulaması bir süre sonra kaldırılmıştır. Bunun nedenini Sağlık Bakanı Dr. Semaşko bu konuyu şu satırlarla açıklamaktadır:

> "Devrimle tıp eğitimi önündeki engellerin (cinsiyet, etnik köken, ödeme gücü) kaldırılması, doğal olarak çok sayıda gencin tıp eğitimine akın etmesiyle sonuçlanmıştır. Bu kadar öğrenciyi alacak okul olmaması nedeniyle hızla ülkenin her yerinde yeni tıp fakülteleri açılmıştır. Ancak gerek okul sayısı, gerek öğretmen sayısı ve okulların donanımı (laboratuar vb.) bu talebi karşılamaya yeterli değildir. Böylece laboratuarların, kliniklerin ve okulların kapasitelerine göre alınacak öğrencilerin sayısında bir sınırlamaya gitme gereksinimi doğmuştur."[261]

Tıp fakültesine girmek için başvurular, tıp fakültesi yönetimi, profesörler, sendika ve öğrenci temsilcilerinden oluşan bir Çalışanlar Komitesi'ne yapılmaktadır.[262]

Burada Sovyetler Birliği'nde eğitim alanındaki çalışmalarıyla eğitimde çığır açan Anton Simeonovithc Makarenko'yu anmak gerekir. Devrimin ilk yıllarından itibaren Makarenko'nun pedagojiye yaptığı katkılar hâlâ güncelliğini korumaktadır. Makarenko'nun Gorki kolonisi, Trepke, Kuriajh ve Dzerjhinsky komününde yürüttüğü eğitim çalışmaları için Goodman'ın (1949) çalışması önemli bir kaynaktır.

---

261 Semaşko'dan aktaran Gregg (1927), *age*, sf: 273

262 Newsholme ve Kingsbury, *age*, 17. Bölüm

Müfredat ve Eğitim Yöntemlerinde Değişim

Devrimden sonra bir süre daha tıp eğitiminin süresi ve eski geleneksel Alman müfredatı biçimsel olarak korunmuştur. İlk müfredat değişikliği 1922 yılında müfredata toplumsal hijyen dersinin eklenmesiyle yapılmıştır. Bununla birlikte ağırlıklı olarak teorik derslerden oluşan tıp eğitimine, daha birinci sınıfta başlayan ve tıp eğitiminin sonuna kadar sürdürülen, uygulamalı eğitimler eklenmiştir.[263]

Öğrenciler birinci sınıfta, tıp eğitiminin sonuna kadar bir arada olacakları 5-10 kişilik gruplara ayrılarak, bir öğretim üyesi gözetiminde uygulamalara alınmışlardır. İlk yılda öğrenciler küçük tıbbi ve cerrahi işlerde yardımcı olmaktadırlar. İkinci yılda hemşirelere yardım ederek hemşirelik işlevlerini uygulamalı olarak yerine getirmektedirler. Son iki yılda çeşitli hastaneler, poliklinikler ve dispanserlerde çalışmaktadırlar.[264]

2. 1924-1930 Dönemi: Tıp Eğitiminin Emeğin Gereksinimlerine Göre Örgütlenmesi

SSCB Sağlık Bakanı Dr. Semaşko tarafından 1927 yılında kaleme alınan ve Almanya'da yayınlanan "Sovyet Rusya'nın Halk Sağlığı Sistemi" başlıklı makalede[265] Semaşko, hekim sayısının azlığı kadar hekimlerin ülke içinde eşitsiz dağılımından yakınmaktadır:

> "Son rakamlara göre SSCB'de 33 bin hekim vardır. Bunlardan 22 bini Rusya Sovyet Sosyalist Cumhuriyeti'nde (RSSC), 8 bin kadarı Ukrayna'da ve geri kalanı Birlik'in diğer üyelerindedir. Bu rakam kuşkusuz 130 milyon nüfus için yeterli değildir. Bakanlık yalnızca RSSC'nin 35 bin hekime gereksinim duyduğunu tahmin etmektedir. Hekimlerin 29.500 kadarı devlet tarafından istihdam edilmiş, 3.500 kadarı ise mesleğini özel icra etmektedir. Devlette görevli hekimlerin de mesai sonrası özel hekimlik yapma hakları vardır. Sovyetler Birliği'nde özel hekimlik serbesttir. Devlet yalnızca sağlıkta reklam yapılmasına karşıdır. Ancak özel hekimlik, hekimle-

---

263 Sigerist, *age*, sf: 120-121

264 Newsholme ve Kingsbury, *age*, 17. Bölüm; Kurashov, *age*, sf: 511

265 Semaşko'dan aktaran Gregg (1927), *age*, sf: 273

rin çoğu için bir gelir kaynağı olarak kabul edilemez. Sadece büyük şehirlerde az sayıda, hasta sayısı fazla olan ve çok kazanan uzman hekim vardır. Bunun dışında özel hekimlik, sadece devlet hekimi olmayan yerlerle sınırlıdır. Özel hekim sayısı geçmişe göre daha azdır ve azalmaya devam etmektedir."[266]

Devrimden sonra hızla çok sayıda tıp fakültesi açılması ve bu fakültelere çok sayıda öğrenci kabul edilmesi sonucu hekim sayısında önemli bir artış sağlanmışsa da, ulaşılan hekim sayısı gereksinimler karşısında yetersiz kalmıştır. Bu dönemde hekim ordusuna katılan 10 bin kadar yeni hekim sayesinde 1928 yılında Sovyetler Birliği'nde 4 bin kişiye bir hekim düşmektedir.[267] Aynı yıl yapılan Birinci Beş Yıllık Plan'da Sovyetler Birliği, her bin kişiye bir hekim düşecek şekilde, mevcut hekim sayısını 1933 yılına kadar dört katına çıkartmayı hedefleyen bir hekim emekgücü planlaması yapmıştır.

1932 yılında RSSC Sağlık Komiseri Dr. Vladimirsky ülkede 36 bin kadar tıp öğrencisi olduğunu ve hâlâ Birinci Beş Yıllık Plan hekim hedefinin 20 bin kadar gerisinde kaldıklarını açıklamıştır.[268] 1935 yılına gelindiğinde ancak 2 bin kişiye bir doktor oranına (1928 yılında belirlenen hedefin yarışına) ulaşılabilmiştir.[269]

Her ne kadar yukarıda aktarılan önlemlerle gerek tıp fakültelerinin ve gerekse bu fakültelere kabul edilen öğrencilerin sayılarında önemli artışlar sağlanmışsa da, bu fakültelerden mezun olan hekimlerin Sovyet sağlık sisteminin gereksinimlerini karşılayabilecek nitelikte yetiştirilememesi önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Bir yandan tıp eğitimine kabul edilen öğrenciler yetersiz bir donanımla gelmekte, diğer yandan tıp eğitimi, öğrencileri mezun olduklarında üstlenecekleri görevleri başarabilecekleri şekilde eğitememektedir.

Öğretmen kıtlığı nedeniyle 1923 yılında 4 yıl olarak başlatılan zorunlu ilkokul eğitimi, 10 yıl kadar kısa bir sürede kademeli olarak 7 yıla çıkar-

---

266 Semaşko'dan aktaran Gregg (1927), *age*, sf: 251-253

267 Webb (1947), *age*, sf: 682

268 Newsholme ve Kingsbury, *age*, 17. Bölüm; Kurashov, *age*, sf: 511

269 Webb (1947), *age*, sf: 682

tılmıştır. SSCB'de genel eğitim, 7 yıllık ilkokul ve 3 yıllık lise olmak üzere 10 yılda tamamlanmaktadır. Herkesin bu eğitime katılımının garanti edilebilmesi için çocukların 18 yaşına kadar çalışmaları yasaklanmıştır.[270]

Hekim Eğitiminde Reform

Bu sorunların giderilmesi amacıyla Sovyetler Birliği'nde hekim eğitiminde biri 1924 ve diğeri 1930'da olmak üzere iki büyük reform gerçekleştirilmiştir. Bu reformların hedefi, 1917-1924 döneminde kurulan Sovyet tipi sağlık sisteminin gereksinimlerine uygun hekim yetiştirilmesidir.

Sovyet tipi sağlık hizmeti esas olarak üç alanda uzman hekime gereksinim duymaktadır: genel tıp ve genel proflaktik alanlarda uzmanlaşmış hekim; halk sağlığında uzmanlaşmış hekim; ana ve çocuk sağlığını korumakta uzmanlaşmış hekim.[271]

a. 1924 reformu

Sovyetler Birliği'nde sağlığı bireysel bir sorun olarak ele alan ve bireylerin sağlık sorunlarıyla ilgilenen hekimler yetiştiren bir tıp eğitimi, emeğin gereksinimlerini karşılayamayacağından, hekim eğitimi emeğin gereksinimlerine göre yeniden düzenlenmelidir. Bu çerçevede 1924 yılında kabul edilen bir yasa ile hekim eğitiminde reforma gidilmiştir.

> ***Yüksek Tıp Eğitim Enstitüleri (Medvuzlar):*** 1924 yılında başlayan ve uygulamaya tam olarak 1930 yılında geçilebilen bu düzenlemeyle öncelikle hekim, diş hekimi ve eczacı yetiştiren kurumlar bir araya getirilerek, Yüksek Tıp Eğitim Enstitüsü (Medvuz) çatısı altında toplanmıştır. Böylece hem aynı derslerin farklı fakültelerde örgütlenmiş disiplinlerde anlatılması yerine bu disiplinler bir araya getirilerek öğretim üyesi tasarrufu sağlanmış, hem de ileride bir ekibin üyeleri olarak çalışacak sağlık emekçileri, öğrenciliklerinden itibaren bir araya getirilmiştir.

> ***Erken Uzmanlaşma:*** 1924 düzenlemesinin hekim eğitimine getirdiği

[270] Newsholme ve Kingsbury, *age*, 17. Bölüm
[271] Sigerist, *age*, sf: 121

ikinci yenilik, tıp eğitimin ikinci sınıfın sonunda *erken uzmanlaşmaya* olanak verecek şekilde yeniden örgütlenerek, emeğin gereksinimlerine göre üç ayrı programa ayrılmasıdır. Böylece hekim yetiştiren üç farklı program (fakülte) oluşturulmuştur:

> Müfredatında erişkinlerin sağlık sorunlarına ağırlık veren *genel tıp fakülteleri*,
> Çocukların ve ergenlerin sağlık sorunlarına ağırlık veren *pediatrik tıp fakülteleri* ve
> Genel olarak toplumun sağlık sorunlarına ağırlık veren *hijyen tıp fakülteleri*.

Medvuzlar beş ayrı fakülteden oluşmaktadır: Bunlardan 3 tanesi yukarıda sayılan tıp fakülteleri ve diğerleri ise diş hekimliği ve eczacılık fakülteleridir.[272]

Gregg 1927 yılına ilişkin verilerinde ülkedeki Tıp Enstitüleri'ne ilişkin ayrıntılı bilgiler sunmaktadır. Buna göre Sovyetler Birliği'nde 24 Medvuz olup, bunlardan 15 tanesi Rusya Sovyet Sosyalist Cumhuriyeti'nde (RSSC) bulunmaktadır. Bu enstitülerden bir bölümü yalnızca uzmanlık eğitimi vermektedir.[273]

Genel tıp eğitimi alan hekimler ağırlıkla birinci basamakta (dispanserler) görev alarak erişkinlerin sağlık sorunlarıyla ilgilenecek hekim gereksinimini yanıtlarken, *pediatrik tıp fakültelerinden* mezun olanlar, okullarda, kreşlerde, ana-çocuk sağlığı merkezlerinde ve *sanitasyon-hijyen tıp fakültelerinden* mezun olanlar da ağırlıkla sanitasyon ve epidemiyoloji (sanepid) istasyonlarında ve işyeri sağlık birimlerinde istihdam edilmektedirler. Ayrıca Kızıl Ordu'nun hekim gereksinimini karşılamak üzere Askeri Tıp Fakülteleri de bulunmaktadır.[274] Feldsher, hemşire ve ebe gibi sağlık personeli teknik liselerde eğitilmektedirler.[275]

---

[272] Ostroverkhov, *age*, sf: 988
[273] Gregg (1927), *age*, sf: 12
[274] Gantt (1924), *age*, sf: 1057
[275] Starr, *age*, sf: 829; Shimkin, M.B. ve MacLeod C.M. (1959). *Medical Education in USSR*, sf: 795. Journal of Medical Education, 34 (8).

Erken uzmanlaşmanın altında yatan neden, Sovyetler Birliği'nde tıbbın esas olarak bir *devlet tıbbı* olması ve hekimlerin, devletin ve emeğin sağlık gereksinimlerine göre örgütlenmiş sağlık kurumlarında istihdam edilecek olmalarıdır. Semaşko bunu çok açık bir biçimde ifade etmektedir. Semaşko, tıp eğitimi almış belli bilgi ve becerilere sahip herhangi bir hekim değil, Sovyet sağlık kurumlarında çalışabilecek ve bu kurumlarda kendisine verilecek belirli görevleri yerine getirebilecek hekimlere gereksinim duyulduğunu ifade etmektedir.[276] Bu anlamda örneğin,

> "[P]ediatri ayrı bir uzmanlık dalı olmaktan çok, temel tıp eğitiminde başlayan ayrı bir çalışma alanıdır. Ancak çocuk sağlığı tıp fakültelerinden mezun olanlar çocuk sağlığı, çocuk cerrahisi, çocuk nörolojisi vb. alanlarda uzmanlık eğitimi alabilirler."[277]

> "Önleyici tıp, erişkin ve çocuk sağlığı çalışma alanlarıyla bütünleşen kişisel önleyici hizmetler ve hijyen tıp fakültesinin ana konularını oluşturan, çevre sağlığı ve işçi sağlığını içeren kişisel olmayan hizmetler olmak üzere ikiye ayrılır. Hijyen hekimleri, hijyen-epidemiyoloji istasyonlarında görev alırlar ve epidemiyoloji, beslenme, belediye hijyeni, sanayi hijyeni vb. alanlarda uzmanlık eğitimi alabilirler."[278]

Bu model birçok yazar tarafından tıp eğitiminde *Semaşko Modeli* olarak adlandırılmıştır.

Sovyetler Birliği'ni ziyaret eden "batılı" hekimlerin en çok ilgisini çeken konuların başında, Sovyetler Birliği'nde tıp fakültelerinin üç alanda "özelleşmesi" ve öğrencilerin bu alanlarda "erken uzmanlaşması" gelmiştir.

1962 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından düzenlenen bir gezi ile Sovyetler Birliği'ni ziyaret eden heyette yer alan El Salvador Üniversitesi San Salvador Tıp Fakültesi Önleyici Tıp ve Halk Sağlığı Profesörü Dr. Juan Allwood-Paredes izlenimlerini şöyle ifade etmektedir:

---

276 Semaşko'dan aktaran Gregg (1927), *age*, sf: 277-278
277 WHO (1960), *age*, sf: 12
278 WHO (1960), *age*, sf: 12-13

> "Yabancı bir profesör için Sovyet tıp eğitiminin en garip özelliklerinden biri, altı yıllık müfredatın ikinci yılından sonra üç alandan birinde uzmanlaşmadır: genel tıp, pediatri ve hijyen. Şüphesiz yabancı ziyaretçilerin çoğu bu uygulamanın nedenlerini ve nereden geldiğini sormuşlar ve Sovyet yetkililer göründüğü kadarıyla aynı yanıtları vermişlerdir.
>
> Birincisi, Sovyet yetkililer üç müfredatta üç farklı konuda eğitimin erken uzmanlaşmadan çok, çeşitli derecelerdeki vurguyu oluşturduğunu açıklamaktadırlar. Üç tür fakültenin herhangi birinden mezun birinin gerektiğinde her üç etkinliği (çocukların, erişkinlerin bakımı ve halk sağlığı programlarının yönetimi) üstlenebileceklerini söylemektedirler.
>
> İkincisi, Sovyet eğitimciler de Sovyet tıbbının esinlendiği ilkelere dikkat çekerek sistemlerini haklı çıkartmaktadırlar: önlemeye öncelik verilmesi ve bunun sonucu olarak SSCB'de sağlık bakımının dağıtımında çocuklara öncelik verilmesi; uzmanlara olan gereksinim. Onlara göre bu faktörler pediatri ve halk sağlığı alanlarında hekimlerin özgün ayrı eğitimini haklı çıkartmaktadır. Cerrahinin bütün ögeleri uzmanlık eğitimine bırakılmaktadır."[279]

Dünya Sağlık Örgütü'nün SSCB'nin daveti üzerine 1968 Ekim'inde bu ülkeye yaptığı ziyarete katılan 17 ülkeden 18 katılımcının hazırlayarak 1970 yılında yayınladıkları rapor[280] Alwood-Paredes'in izlenimleriyle uyum içindedir:

> "Hangi tür tıp fakültesi olursa olsun, klinik konuların öğretiminde dikkat her zaman önleyiciliğe ve çevresel koşullara verilmektedir. Bu Sovyet tıbbının ana doktrinini yansıtmaktadır: önleyiciliğe vurgu." [281]

---

[279] Allwood-Paredes, J. (1962). *Interesting Characteristics of Soviet Medical Training.* Journal of Medical Education, 37(11), sf: 1213 – 1216.

[280] WHO (1970), *age.*

[281] WHO (1970), *age,* sf: 19

Eğitim Müfredatı

1924 yılında tıp eğitimine ilişkin yasanın kabul edilmesiyle hekim eğitiminin süresi indirilmiştir. Genel tıp fakültesi ve pediatrik tıp fakültesi 4 yıl ve hijyen tıp fakültesi 3,5 yıldır.[282] Gantt, 1924 yılında 4 yıllık tıp eğitimi müfredatını şöyle verir:

> "Yeni müfredatta da eskiden olduğu gibi ilk iki yılda kimya, fizik, biyoloji, anatomi, histoloji, fizyoloji ve biyokimya ve her birinin uygulamaları ve laboratuarları vardır. Diğer klinik çalışmaya adanmıştır... Öğrencilerin toplumsal hijyen, tarihsel maddecilik ve devletin politik örgütlenmesi derslerini almaları zorunlu tutulmuştur. Öğrencilerin çalışması ikinci yılsonunda yapılan uygulama sınavları ve değerlendirmelerle ölçülür."[283]

Gregg bu müfredatı, "*tıp eğitimi güçlü bir şekilde tedavi edici olmaktan çok, önleyici bir bakışla ve bireyin sağlık bakımı yerine toplumun sağlık bakımıyla doldurulmuştur*"[284] ifadesiyle tanımlamaktadır.

Öğrenciler bu üç fakülteden birinde öğrenime başlamaktadırlar. Öğretim yöntemlerinde radikal değişiklikler yapılmıştır. Konferans türü dersler terk edilerek yerine seminer türü dersler ve laboratuar tartışmaları getirilmiştir. Dersler arasındaki sınırlar kaldırılmış ve tıbbi konular toplumsal ve ekonomik faktörler de eklenerek ele alınmaya başlamıştır. Bu öğretim metoduna *kompleks öğretim* adı verilmiştir. Öğrenciler gruplar veya takımlar halinde çalışmaktadır.[285] Bu kısaltılmış eğitim müfredatına ulaşılamamıştır.

Ancak bu değişimin sonuçları başarılı olmamıştır. Konferans tipi derslerin kaldırılması öğrencilerin başarısını düşürmüştür. Eğitim süresi yeniden beş yıla çıkartılarak, konferans, seminer ve laboratuar tartışmaları arasında bir denge kurulmaya çalışılmıştır.[286]

---

[282] Sigerist (1937), *age*, sf: 121
[283] Gantt (1924), *age*, sf: 1057
[284] Gregg (1927), *age*, sf: 10
[285] Sigerist (1937), *age*, sf: 121 - 122
[286] Sigerist (1937), *age*, sf: 123

Yeni müfredat incelendiğinde (Tablo 3), toplam 6.066 saatin 648 saatinin (% 10,7) doğrudan koruyucu ve önleyici tıp derslerine ayrıldığı görülmektedir. Yine de Gregg bu derslerin klinik ders saatlerini "çaldığına"[287] inanmaktadır. Klinik öncesinde (propedötikler hariç) toplam 3.186 saat dersin 1.341 saatinin teorik (% 42) ve 1.845 saatinin uygulamalı (% 58) olarak işlendiği görülmektedir. Semaşko ise klinik bilimlerde derslerin, mesleki sosyoloji ve ekonomiyle yakından ilişkili olmak zorunda olduğunu belirtmektedir. Her hastanın sosyal ve ekonomik durumu daima klinik sunumunda yer almalıdır.[288]

Müfredat, hekimlerin meslek yaşamlarında üstlenecekleri görevler göz önüne alınarak oluşturulmuştur. Bu anlayış ilerideki yıllarda Dünya Sağlık Örgütü'ne de egemen olmuş, örgüt tarafından 1969 yılından beri altı kez gözden geçirilerek yeni basımları yapılan ve dünyanın birçok ülkesinde kaynak olarak kullanılan *Sağlık Personeli İçin Eğitim El Kitabı*'nın yazarı, tıp eğitimi müfredatı ile hekimin görevleri arasındaki karşılıklı ilişkiyi şöyle tanımlamıştır:

> "Sağlık ekibi üyesinin mesleki görevleri ve onun eğitim programını oluşturmaya temel sağlayan öğrenim hedefleri, hemen hemen aynı olmalıdır."[289]

Bu nedenle Sovyet tıp eğitiminde, başka ülkelerde pek rastlanmayan "sağlık eğitimi"[290] gibi konular yer almaktadır. Hekim adaylarına topluma (annelere, okul çocuklarına, askerlere vb.) yönelik nasıl sağlık eğitimi yapacakları, broşür, poster gibi eğitim araçlarının nasıl hazırlanacağı gibi aslında "hekimlikle" doğrudan ilgisi kurulamayabilecek dersler verilmektedir. Bunun nedeni Sovyetler Birliği'nde "her hekim[in] her ay, en

---

[287] Gregg (1927), *age*, sf: 72

[288] Semaşko'dan aktaran Gregg (1927), *age*, sf: 276

[289] Guilbert J.J. (1987). Educational Handbook for Health Personnel. Sixth Ed. World Health Organization, Geneva.

[290] Baumgartner, L. (1959). *What About Soviet Medicine and Public Health?* American Journal of Public Health, 49(5), sf: 594.

az üç saat topluma yönelik sağlık eğitimi vermek zorunda [olmasıdır]."[291]

Rockefeller Vakfı'nın Tıp Eğitimi Bölümü Müdür Yardımcısı Allen Gregg, Aralık 1927'de Sovyetler Birliği'ne bu ülkedeki tıp eğitimini incelemek üzere görevli olarak gider. Gregg'in günlüğünde aşağıdaki satırlar yer almaktadır:

> "Sovyet müfredatı hijyen ve önleyici tıpla doygun (...) hijyen, klinik derslerden [zaman] çalıyor" (...) Lazarev'in fizik laboratuarı 'Fransa'da gördüklerimden daha iyi'. (...) 'Tıp fakültelerinde hâlâ devrimci heyecanın kalıntıları var: öğrenci sayısında büyük artış; öğrenciler arasında yüksek oranda kadın ve köylüler; bütçe kısıntıları; yüksek derecede merkezileştirilmiş kontrol; düşük hijyene vurgu; öğrencilerin ve profesörlerin seçiminde politik kontrol.'"[292]

Solomon'a göre Gregg, Sovyet tıp eğitimine Rockefeller öncelikler prizmasından, klinik eğitimin öncelenmesi ve güçlü laboratuarlar açısından bakmaktadır:

> "Abrikosov'un her öğrenciye bir mikroskop düşen patolojik anatomi laboratuarı; Zavadovski'nin mükemmel deneysel biyoloji laboratuarı; Osipov'un Avrupa'daki en iyi topografik anatomi çizimleri; Oribelli'nin süper öğrencileri olan fizyoloji laboratuarı."[293]

Tablo 3: Tıp Eğitimi Müfredatı (1927)**

Yıl	Ders	Saat / Hafta		Toplam saat /Yarıyıl
		Teo.	**Pra.**	
1	Normal Anatomi	2	5	126
1	Fizik	3	4	126
1	Biyoloji	2	2	72
1	İnorganik Kimya	3	2	90
1	Sosyal Bilimler*	2	2	72
1	Askeri Bilimler	2	-	36

291 Parran (1958), *age*, sf: 612

292 Solomon (2003), *age*, sf: 167, 172-173

293 Solomon (2003), *age*, sf: 174

1	Yabancı Dil	-	2	36
2	Normal Anatomi	2	4	108
2	Hist.-Embriy.	2	4	108
2	Fizik	2	3	90
2	Biyoloji	2	2	72
2	Org-anal. Kimya	3	5	144
2	Sosyal Bilimler*	2	2	72
2	Yabancı Dil	-	2	36
3	Normal Anatomi	1,5	2,5	72
3	Hist.-Embriy.	2	4	108
3	Fizyoloji	2	5	126
3	Genel Kimya	2	-	36
3	Biyokimya	2	3	90
3	Sosyal Bilimler*	2	1	54
3	Askeri Bilimler	2	-	36
3	Yabancı Dil	-	2	36
4	Fizyoloji	2	5	126
4	Biyoloji	2	2	72
4	Biyokimya	2	4	108
4	Mikrobiyoloji	2	2	72
4	Mineraloji	2	-	36
4	Sosyal Bilimler*	2	1	54
4	Yabancı Dil	-	2	36
5	Pato-Anatomi	2	2	72
5	Pato-Fizyoloji	2	2	72
5	Mikrobiyoloji	2	3	90
5	Farmakoloji	2	2	72
5	Deneysel Hijyen	2	4	108
5	Sosyal Hijyen	1	1	36
5	Dah. Propedötik	4		72
5	Cerr. Propedötik.	4		72
5	Cerr.+ Top.Anat.	1	2	54
6	Pato-Anatomi	2	2	72
6	Pato-Fizyoloji	2	2	72
6	Farmakoloji	2	2	72
6	Deneysel Hijyen	2	6	144
6	Doğum Fizyoloji	1	-	18
6	Dah. Propedötik	4		72
6	Fizik Tedavi	3		54
6	Cerr. Propedötik.	4		72
6	Cerr.+ Top.Anat.	1	2	54
7	Dahiliye	5		90
7	Cerrahi + Ortopd	5		90
7	Kadın Doğum	5		90
7	Nöroloji	6		108

7	Deri ve Züh. H.	4		72
7	Göz	2		36
7	Sanayi Hijyeni	2	-	36
7	Okul Hijyeni	2	-	36
7	Adli Tıp	2	2	72
7	Askeri Hijyen	2	-	36
8	Dahiliye	5		90
8	Cerrahi + Ortopd	6		108
8	Kadın Doğum	5		90
8	Pediatri	4		72
8	Deri ve Züh. H.	5		90
8	Göz	1		18
8	Sanayi Hijyeni	-	3	54
8	Okul Hijyeni	-	3	54
8	Pediatri	3	-	54
8	Adli Tıp	1	2	54
9	Enfeksiyon H.	5		90
9	Cerr + Üroloji	7		126
9	Kadın Doğum	2		36
9	Diş Hastalıkları	3		54
9	KBB	2		36
9	Psikiyatri	4		72
9	Ped. (Y. Doğan)	4		72
9	Göz	3		54
9	Sosyal Hijyen	2	2	72
9	Askeri Hijyen	2	-	36
10	Dahiliye	4		72
10	Enfeksiyon H.	4		72
10	Cerrahi	4		72
10	Kadın Doğum	3		54
10	KBB	2		36
10	Nöroloji	4		72
10	Ped. (Y. Doğan)	4		72
10	Deri ve Züh. H.	2		36
10	Göz	3		54
10	Sosyal Hijyen	2	2	72
10	Patol-Anatomi	1	1	36

* İlk iki yılda verilen Sosyal Bilimler derslerinin içeriği geniş ölçüde Marksist kurama ilişkindir.

** Çizelge tıp fakültelerinin ortak ve ayrı aldıkları dersler arasında bir ayrım yapmamıştır.

Kaynak: Gregg (1927), age, sf: 66-70.

b. 1930 reformu

1930 yılında tıp eğitimin sorumluluğu Eğitim Bakanlığı'ndan Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu reform, öğretim yöntemlerinin tıbbi uygulamaların gereksinimlerine daha iyi uyarlanmasına olanak sağlamış ve Eğitim Bakanlığı'na bağlı tıp fakülteleri ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı araştırma enstitülerini birleştirmiştir.[294]

Tıp fakültelerinin öğretim kadrosu kaynakları bu reformla zenginleştirilmiştir. Düzenli eğitim kadrosu yanında özel bir eğitici grubu da yaratılmıştır. Bu grubun kaynağı araştırma enstitüleridir. Klinik öncesi eğitimde temel bilimler araştırma enstitülerinden gelen öğretim üyelerine ve klinik eğitimde de klinik araştırma enstitülerinde görevli ve aynı zamanda hastanelerde uygulama yapan öğretim üyelerine yer verilmektedir. Bu gruptaki öğretim üyeleri yalnızca kendi alanlarında ders vermek için davet edilmektedir. Tıp fakültelerinin düzenli eğitim kadrosunda yer alacak öğretim üyelerinin ise, eğitime yatkınlıklarını sınayan bir sınavı verdikten sonra, altı ay-bir yıl kadar bir pedagoji enstitüsünde "öğretmeyi öğrenme" eğitimine katılmaları gereklidir.[295]

Öğrenci Seçimi Ölçütlerinin Geliştirilmesi

Bu dönemde öğrenci seçimi ölçütleri arasına tıp eğitimine başvurabilmek için 10 yıllık genel eğitimi tamamlamak zorunluluğu konmuştur. Orta öğretimde olağanüstü başarılı olan öğrenciler (gümüş veya altın madalya kazananlar) doğrudan kabul edilirken, diğerlerinin Rusça, bir yabancı dil, fizik ve kimya sınavlarında başarı göstermeleri gereklidir. Giriş sınavları bütün ülkede aynıdır ve her yerde aynı anda yapılmaktadır.[296]

Tıp eğitimine kabulde proletaryaya öncelik verilmesi uygulaması sürdürülmektedir. Yerel Sovyet'e yapılan başvuruların değerlendirmesini tıp fakültesi idaresi, profesörler kurulu, sendikalar ve öğrencilerin temsilcilerinden oluşan bir komisyon yapmaktadır.[297] Gregg,[298] 1924 sonra-

[294] Kurashov (1954), *age*, sf: 511

[295] Leake (1957), *age*, sf: 272

[296] Newsholme ve Kingsbury (1933), *age*, 17. Bölüm

[297] Webb ve Webb (1935), *age*, sf: 682

[298] Gregg (1927), *age*, sf: 79

sında tıp fakültesi öğrencilerinin sınıfsal kökenlerine ilişkin daha ayrıntılı veriler sunmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4: Moskova Birinci Tıp Enstitüsü'ne Kaydolan Öğrencilerin Sınıfsal Konumu (1 Eylül 1926)

Sosyal Sınıf	Sayı	Yüzde (%)
İşçi	196	9,5
İşçi çocuğu	420	20,5
Köylü	156	7,6
Köylü çocuğu	343	16,8
Memur	349	17,0
Memur çocuğu	313	15,2
Entellektüel çalışan	21	1,0
Entellektüel çalışan çocuğu	67	3,2
Çalışmayanlar*		
Çalışmayanların çocuğu	26	1,2
Diğer	157	7,6
TOPLAM	2.048	100

* Aristokrat, burjuva ve toprak ağası kalıntıları kastediliyor.
***Kaynak:** Gregg (1927), age, sf: 79.*

Bu dönemde okulun normal süresi beş yıl olmasına karşın, birçok öğrenci savaş nedeniyle yedi yıl veya daha fazla süre harcamak zorunda kalmıştır. Öğrenciler cephede veya Petrograd hastanesinde sıhhiye görevlisi olarak görev almışlardır. Tıp fakültesinden mezun olan öğrencilerin lisans sınavlarına hazırlanması 3-6 aylık bir süre almaktadır.[299]

Sovyetler Birliği'nin hekim gereksinimini karşılamak için uyguladığı politikalar sonucu 1913 yılında 19.795 olan öğrenci sayısı 1924 yılında 33 bine, 1928 yılında 63.219'a, 1932 yılında 76.377'ye ve 1933 yılında 80.923'e yükselmiştir. 1936 yılında bu rakam 90 bin kadardır.[300]

[299] Gregg (1927), *age*, sf: 72
[300] Sigerist (1937), *age*, sf: 132

3. 1930-1944 Dönemi

Bu dönemin en belirgin özelliği Avrupa'ya faşizmin egemen olmasıyla Sovyetler Birliği'nin dünyada daha da izole olması ve ardından Sovyetler Birliği'ne 20 milyon cana mal olan İkinci Paylaşım Savaşı'nın patlak vermesidir. Bu dönemde Sovyetler Birliği'nin batısı uzun yıllar Nazi işgaline uğramış, dolayısıyla Sovyetler Birliği bu dönemde ülkenin önemli bir bölümünde tıp eğitimini sürdürememiştir.

Sovyetler Birliği'nde bu dönemde sağlık hizmetlerine ve tıp eğitimine ilişkin kaynaklara ulaşılamamıştır. Ancak daha sonraki yıllara ilişkin kaynaklar değerlendirildiğinde bu dönemde aşağıdaki gelişmeler dışında önemli değişikliğe rastlanmamıştır.

Sovyetler Birliği'nin hekim emekgücü gereksinimi, ülke sanayileştikçe ve kadınlar gitgide daha büyük oranda çalışma yaşamına katıldıkça daha da artmaktadır. Ancak tıp eğitiminin süresinin arttırılması (1924 yılında 5 yıla çıkartılması), tıp fakültelerine öğrenci kabulünde belirli yeterlilikler aranmaya başlanması (10 yıllık genel eğitimi bitirme zorunluluğu) gibi nedenlerle planlarda hedeflenen hekim sayısının oldukça gerisinde kalınmaktadır. Beş Yıllık Plan'da, bin kişiye bir hekim düşmesi planlanmış,[301] ancak uzun yıllar bu hedefe ulaşmak mümkün olamamıştır.

1936 yılına kadar Yüksek Tıp Eğitim Enstitüleri'ne yalnızca proleter ailelerin çocukları kabul edilmiştir.[302] 1936 yılında artık bu kurala gerek kalmamış ve bu kez tıp eğitimine alınmada öncelik, sanayide veya sağlık kurumlarında çalışan işçilere ve hekim yardımcıları, hemşireler ve ebelere verilmiştir.[303]

Tıp fakültelerinde devrimle birlikte kaldırılan bir ders de dördüncü sınıfta verilen "Tıp Tarihi" dersidir. Bu ders önce 1930'larda Moskova ve Leningrad tıp fakültelerinde daha sonra bütün tıp fakültelerinde yenilenerek müfredata alınmıştır.[304]

---

301 Newsholme ve Kingsbury (1933), *age*, 17. Bölüm

302 Gantt (1924), *age*, sf: 1057

303 Starr (1958), *age*, sf: 829; Shimkin ve MacLeod (1959), *age*, sf: 795; Ostroverkhov (1961), *age*, sf: 990

304 Zhuravleva, T.V., Lichterman B.L., Lisitsyn Y.P. (1999). *Teaching History of Medicine at*

Sigerist, İkinci Moskova Tıp Enstitüsü'nde 1935-1936 öğrenim yılına ilişkin izlenimlerini aktarmıştır:[305]

> "Enstitü'nün 3.500 öğrencisi ve 400 öğretim üyesi bulunmaktadır. Enstitüde Genel Tıp ve Pediatrik Tıp Fakülteleri olup, Hijyen Tıp Fakültesi yoktur. Her iki fakültenin öğrencileri ilk beş yarıyılda birlikte ders almaktadır (Tablo 5). İkinci beş yarıyılda ise müfredat ayrılmaktadır (Tablo 6 ve 7)"

Russian Medical Schools: Past, Present and Future, sf: 26. Crotian Medical Journal, 40(1).

305 Sigerist (1937), *age*, sf: 127

Tablo 5: Moskova Genel Tıp ve Pediatrik Tıp Fakültelerinin İlk 5 Yarıyıl Müfredatı (1936)

Yıl	Ders	Toplam saat/ Yarıyıl	Yıl	Ders	Toplam saat/ Yarıyıl
1	Fizik	138	2	Nonnal Anatomi	132
1	Biyoloji	92	2	Histoloji-Embriyoloji	88
1	İnorganik Kimya	115	2	Fizik	88
1	Yabancı Dil	69	2	Biyoloji	66
1	Leninizm	69	2	Yabancı Dil	66
1	Latince	69	2	Analitik Kimya	66
1	Nonnal Anatomi	138	2	Latince	44
1	Sınav Hazırlığı*	30	2	Organik Kimya	110
			2	Sınav Hazırlığı*	60
3	Analitik Kimya	63	4	Fizyoloji	168
3	Normal Anatomi	168	4	Biyokimya	147
3	Biyokimya	42	4	Mikrobiyoloji	105
3	Histoloji-Embriyoloji	105	4	Yabancı Dil	63
3	Fizyoloji	126	4	Diyalektik Materyalizm	84
3	Fiziksel ve Kolloidal Kimya	84	4	Askeri Bilimler	63
3	Yabancı Dil	42	4	Sınav Hazırlığı*	90
3	Sınav Hazırlığı*	90			
5	Patolojik-Anatomi	115			
5	Patolojik-Fizyoloji	115			
5	Mikrobiyoloji	115			
5	Farmakoloji ve toksikoloji	92			
5	Dah. Propedötik	138			
5	Cerr. Propedötik.	115			
5	Sınav Hazırlığı*	30			

* 1. Yarıyıl Sınav Konuları: İnorganik kimya.
* 2. Yarıyıl Sınav Konuları: Fizik, Organik kimya
* 3. Yarıyıl Sınav Konuları: Anatomi, Histoloji
* 4. Yarıyıl Sınav Konuları: Biyokimya, Fizyoloji
* 5. Yarıyıl Sınav Konuları: Mikrobiyoloji

Kaynak: Sigerist (1937), age, sf: 343

Tablo 6: Moskova Genel Tıp Fakültesi İkinci 5 Yarıyıl Müfredatı (1936)

Yıl	Ders	Toplam saat/Yarıyıl
6	Patolojik-Anatomi	80
6	Patolojik-Fizyoloji	80
6	Farmakoloji ve toksikoloji	80
6	Dahiliye (Fizyoterapi)	80
6	Op. Cerrahi, Top. Anatomi	60
6	Cerrahi propedötik	60
6	Hijyen (genel, askeri, okul)	100
6	Kadın Doğum	60
6	Sınav hazırlığı*	120
7	Dahiliye (Klinik)	96
7	Dahiliye (Röntgen)	80
7	Askeri tıp (gazdan korunma)	63
7	Op. Cerrahi, Top. Anatomi	60
7	Cerrahi (Klinik)	105
7	Hijyen (genel, askeri, okul)	105
7	Beden eğitimi teorisi	40
7	Kadın Doğum	63
7	Deri ve Zührevi Hastalıklar	68
7	Uygulamalı kurslar**	90
8	Dahiliye (Klinik)	96
8	Dahiliye (Bulaşıcı hastalıklar)	96
8	Askeri tıp	48
8	Cerrahi (Klinik)	96
8	Sosyal hijyen	60
8	Kadın Doğum	62
8	Deri ve Zührevi Hastalıklar	84
8	Çocuk hast, Çocuk enf. Hast.	120
8	Göz hastalıkları	48

9	Patolojik-Anatomi	40
9	Farmakoloji ve toksikoloji	40
9	Dahiliye (Hastane kliniği)	80
9	Cerrahi (Hastane kliniği)	84
9	Cerrahi (Ortopedi)	40
9	Sanayi hijyeni	60
9	Kadın Doğum	60
9	Çocuk hast, Çocuk enf. Hast.	60
9	Nöroloji	80
9	KBB	60
9	Göz hastalıkları	80
9	Uygulamalı kurslar***	120
10	Dahiliye (Hastane kliniği)	84
10	Cerrahi (Hastane kliniği)	80
10	Nöroloji	56
10	KBB	28
10	Psikiyatri	84
10	Adli tıp	84
10	Sınav Hazırlığı	150
10	Uygulamalı kurslar****	150

* 6. Yarıyıl Sınav Konuları: Patolojik anatomi, patolojik fizyoloji, farmakoloji ve toksikoloji, dahiliye propedötik.
** Gebe evi, 60 saat
*** Hastane (cerrahi ve dahiliye departmanları), 120 saat
**** Dispanser (dahiliye, cerrahi, kadın-doğum), 120 saat
Kaynak: Sigerist (1937), age, sf: 344-345

Tablo 7: Moskova Pediatrik Tıp Fak. İkinci 5 Yarıyıl Müfredatı (1936)

Yıl	Ders	Toplam saat /Yarıyıl	Yıl	Ders	Toplam saat /Yarıyıl
6	Patolojik-Anatomi	80	7	Dahiliye (Klinik)	110
6	Patolojik-Fizyoloji	80	7	Dahiliye (Röntgen)	30
6	Farmakoloji ve toksikoloji	80	7	Askeri tıp (gazdan korunma)	60
6	Dahiliye (Fizyoterapi)	80	7	Op. Cerrahi, Top. Anatomi	69
6	Hijyen (genel, askeri)	80	7	Cerrahi (Klinik)	100
6	Kadın Doğum	60	7	Hijyen (genel, askeri)	80
6	Sınav hazırlığı*	120	7	Kadın Doğum	80
			7	Uygulamalı kurslar**	120
			7	Çocuk (prop, fizyoloji, besl.)	80
8	Dahiliye (Klinik)	80	9	Farmakoloji ve toksikoloji	40
8	Dahiliye (Bulaşıcı hastalıklar)	80	9	Okul hijyeni	63
8	Askeri tıp	40	9	Kadın Doğum	42
8	Cerrahi (Klinik)	100	9	Deri ve Zührevi Hastalıklar	63
8	Ana-çocuk Sağlığı hijyeni	40	9	Eğitim ve Psikoloji	105
8	Kadın Doğum	60	9	Nöroloji	105
8	Çocuk (Klinik bulaşıcı hst)	120	9	KBB	84
8	Çocuk (Klinik süt mutfağı)	80	9	Göz hastalıkları	105
8	Uygulamalı kurslar***	120	9	Uygulamalı kurslar****	90
8	Patolojik-Anatomi	40	9	Çocuk (prop, fizyoloji, besl.)	63
8	Op. Cerrahi, Top. Anatomi	40			
10	Çocuk (Klinik bulaşıcı hst)	112			

10	Cerrahi (Çocuk ve ortopedi)	112			
10	Deri ve Zührevi Hastalıklar	48			
10	Çocuk (Klinik süt mutfağı)	63			
10	Tıbbi kontrol ve beden eğitimi	32			
10	Psikiyatri (çocuk)	112			
10	Adli tıp	64			
10	Sınav Hazırlığı	150			
10	Uygulamalı kurslar*****	90			

* 6. Yarıyıl Sınav Konuları: Patolojik anatomi, patolojik fizyoloji, farmakoloji ve toksikoloji, dahiliye propedötik.
** Gebe evi, 60 saat; Çocuk hastanesi yenidoğan, 60 saat
*** Çocuk hastanesi bulaşıcı hastalıklar koğuşu, 60 saat; büyük çocuk kliniği, 60 saat
**** Çocuk konsültasyonu, 60 saat; Beslenme, 30 saat
***** Çocuk dispanseri, 60 saat; Okul hekimliği, 30 saat
Kaynak: Sigerist (1937), age, sf: 345-347

4. 1944-1960 Dönemi

1954 yılında Medvuz sayısı 63'e yükselmiştir.[306] 1956 yılında Estonya dışında on beş cumhuriyetin on dördünde toplam 77 Medvuz bulunmaktadır.[307]

1956 yılında Sovyetler Birliği'nin nüfusu 200 milyondur ve toplam 329 bin hekim, diş hekimi ve eczacı ile 930 bin feldsher, ebe, hemşire ve diğer yardımcı sağlık personeli bulunmaktadır.[308] Medvuz'larda 1956 yılında toplam 16.411 öğretim üyesi olup, yaklaşık 10 öğrenciye bir öğretim üyesi düşmektedir.[309]

> Nüfusun % 56'sını barındıran Rusya Sovyet Cumhuriyeti'nde 46,

---

[306] Kurashov (1954), *age*, sf: 511
[307] Starr (1958), *age*, sf: 828; Shimkin ve MacLeod (1959), *age*, sf: 796
[308] Shimkin ve MacLeod (1959), *age*, sf: 801.
[309] Starr (1958), *age*, sf: 830; Shimkin ve MacLeod (1959), *age*, sf: 796

> Ukrayna'da 14,
> Beyaz Rusya'da 2,
> Özbekistan'da 4,
> Kazakistan'da 3,
> Diğer sekiz cumhuriyette birer Medvuz vardır.

Medvuz'lar 1 - 5 fakülteden oluşurlar: Genel Tıp Fakültesi, Pediatrik Tıp Fakültesi, Hijyen Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi ve Eczacılık Fakültesi.[310] 77 Medvuz'da bu beş ayrı alanda eğitim veren toplam 131 fakülte olup, bunlardan,

> 66'sı Genel Tıp Fakültesi,
> 25'i Pediatrik Tıp Fakültesi,
> 22'si Hijyen Tıp Fakültesi,
> 12'si Diş Hekimliği Fakültesi ve
> 6'sı Eczacılık Fakültesi'dir (Tablo 8).

1956 yılında 77 Medvuz'a toplam 152.767 öğrenci devam etmektedir. Bunlardan,

> 95.442'si Genel Tıp Fakültesi,
> 23.364'ü Pediatrik Tıp Fakültesi,
> 18.438'i Hijyen Tıp Fakültesi,
> 5.675'i Diş Hekimliği Fakültesi ve
> 9.848'i Eczacılık Fakültesi'ne devam etmektedir (Tablo 8).

1958 yılında Medvuz sayısı 87'ye yükselmiştir. Mevcut beş yıllık plana göre yılda 16 bin hekim mezun edilmesi öngörülmektedir. Bu rakam aynı dönemde Birleşik Devletler'de tıp fakültelerinden mezun olan öğrenci sayısının iki katından fazladır. Buna karşın Sovyetler Birliği'nde bir hekimin 10 yıl genel eğitim ve 6 yıl tıp eğitimi ile 16 yıllık bir eğitimle mesleğini icra edebilir hale gelmesi olanaklıyken, bu süre Birleşik Devletler'de en az 20 yıldır.[311]

---

[310] Shimkin ve MacLeod (1959), *age*, sf : 796

[311] Parran (1958), *age*, sf : 611-612

Öğrenci Seçimi

Tıp eğitimine kabul edilecek öğrencilerin seçimi bu dönemde de temel ilkeler bakımından değişmemiştir ancak bazı yenilikler vardır. Sovyetler Birliği'nde genel eğitimde önemli değişiklikler olmuştur. Daha önce yedi yıl olan ilköğretim dört yıla indirilirken, orta öğretim genel liselerde 6 ve meslek liselerinde 7 yıla çıkartılmıştır. Böylece toplam genel eğitim süresi genel eğitimde 10 ve meslek eğitiminde 11 yıl olmuştur. Hekim adayları 6 yıllık lise eğitimi veren genel liselerden olduğu gibi, yardımcı sağlık personeli yetiştiren 7 yıllık sağlık meslek liselerinden de alınabilmektedir.

Sovyetler Birliği'nde tıp eğitimi her zaman gençlerin gözdesi olmuştur, fakat 1960'ların başında her kontenjan için başvuru sayısı 15'e kadar yükselmiştir.[312] 1960'ların başında tıp fakültesine giren öğrenciler içinde sağlık meslek liselerinden gelenlerin oranı % 20'dir.[313]

Kanada Ulusal Araştırma Konseyi ve SSCB Bilimler Akademisi arasındaki Değişim Programı çerçevesinde Sovyetler Birliği'nde 1960-1961 yıllarında dokuz ay süreyle kalan British Columbia Üniversitesi Tıp Fakültesi (Vancouver) Farmakoloji Bölümü Başkanı Prof. Dr. James G. Foulks, SSCB'de Tıp Eğitimi başlıklı makalesinde, 1960 reformundan sonra öğrencilerin yüzde sekseninin, hekim eğitimine eski kabul edilme koşullarını karşıladıktan sonra, "bir-iki yıl sağlık alanında üretken işlerde çalışmaları gerektiğini" belirtmektedir.[314] Bu öğrenciler herhalde Kissick'in[315] belirttiği sağlık meslek liselerinden gelen % 20'nin dışında kalan genel liselerden mezun öğrencilerdir.

Akademik yeterlilik koşulunu karşılayan ve birkaç yıl sağlık alanında çalışan gençler, eskiden olduğu gibi fizik, kimya, yabancı dil ve Marksist-Leninist teori derslerinden oluşan bir yarışma sınavına alınırlar. Bu sınavlarda başarılı olan öğrenciler tıp enstitülerine kabul edilir. Ancak bu-

---

[312] Cooper, J.A.D. (1971). *Education for the health professions in the Soviet Union*, sf: 416. Academic Medicine, 46(5).

[313] Kissick, W.L. (1964). *Current Status of Medical Education in the USSR*, sf: 1070. Academic Medicine, 39(12).

[314] Foulks, J.G. (1963). *Medical Education in the USSR*, sf: 127. Journal of Medical Education, 38(2).

[315] Kissick (1964), age, sf: 1070

rada da öncelik, sağlık meslek okullarından gelenlere verilmektedir. Genel liselerden gelen bir öğrencinin kabul edilebilmesi için 20 puan alması istenirken, sağlık meslek liselerinden gelenlerin 16 puan almaları yeterlidir.[316]

1958 yılından itibaren bazı büyük tıp fakültelerinde gündüz eğitimine ek olarak gece eğitimine de başlanmıştır. Bu fakültelere daha çok, gündüz mesleklerini hemşire, feldsher ve ebe olarak sürdüren sağlık emekçileri devam etmişlerdir. Gündüz fakültelerinde haftada 36 saat ders işlenebilirken, bu fakültelerde saat 17.00-21.00 arasında olmak üzere haftada 24 saat ders verilebilmektedir.[317] Bu nedenle süresi 6,5 yıla çıkartılan bu eğitimin ilk üç yılı gece, geri kalanı gündüz verilmektedir.[318]

Çok başarılı öğrenciler eskiden olduğu gibi tıp fakültesine doğrudan kabul edilebilmektedirler. Diğerlerinin Rusça, bir yabancı dil, matematik, fizik ve kimya sınavlarından geçmeleri gereklidir. Başvuru tarihinde 35 yaşının altında olmak şeklinde bir sınırlama getirilmiştir. Her bir kontenjan için ortalama 3-4 başvuru olmaktadır. Birinci sınıf öğrencilerinin yaş ortalaması 18'dir[319] ve öğrencilerin % 70'i kadındır.[320]

---

[316] WHO (1962), *age*, sf: 55

[317] WHO (1962), *age*, sf: 55

[318] Ostroverkhov (1961), *age*, sf: 989; US Public Health Service (1962), *age*, sf: 76

[319] Ostroverkhov (1961), *age*, sf: 990

[320] Starr (1958), *age*, sf : 830; Shimkin ve MacLeod (1959), *age*, sf : 796

Tablo 8: Sovyet Tıp Enstitülerinin Kayıt, Kabul ve Mezun Sayıları, 1956

Fakülte	Fakülte Sayısı	Toplam Kayıtlı Öğrenci	1. Sınıfa Kabul Edilen	Mezun Olan*
Genel Tıp	66	95.442	12.550	11.059
Pediatrik Tıp	25	23.364	2.840	2.513
Halk Sağlığı	22	18.438	2.763	2.228
TOPLAM	113	137.244	18.153	15.800
Diş Hekimliği	12	5.675	904	841
Eczacılık	6	9.848	1.343	1.103
GENEL TOPLAM	131	152.767	20.400	17.744

* Diş hekimliği ve Eczacılık Fakülteleri 5 yıl olduğundan 1955 mezunları alınmıştır.

Kaynak: Starr, 1958: 828

c. 1944 reformu

1944 yılında hekim eğitiminin süresi altı yıla yükseltilmiştir. Bazı yazarlar bu gelişmede İkinci Paylaşım Savaşı sırasında hekimlerin cerrahi uygulama becerilerinin yetersizliğinin ortaya çıkmasının etkili olduğunu belirtmektedirler. 1949 yılından itibaren Diş Hekimliği ve Eczacılık eğitimlerinin süreleri de dört yıldan beş yıla çıkartılmıştır.

Akademik yıl iki yarıyıldan oluşmaktadır: 1 Eylül-20 Ocak ve 7 Şubat-20 Haziran. Haftada ortalama 36 saat ders bulunmaktadır. Sınav sisteminde değişikliğe gidilmiş, sınavlar her yarıyılın sonunda yapılmaya başlanmıştır.[321]

Bununla birlikte hekim eğitiminin birçok özelliği aynı kalmıştır. Sovyetler Birliği'nde tıp fakülteleri ve öğrenciler, SSCB'yi oluşturan 15 ayrı cumhuriyetin Sağlık Bakanlıkları gözetiminde olmasına karşın, müf-

[321] Kurashov (1954), *age*, sf: 511; Ostroverkhov (1961), *age*, sf: 989

redat, ders kitapları ve sınavlar bütün ülkede aynıdır.[322]

"Her üç tıp fakültesi programında da eskiden olduğu gibi ilk iki yılda öğrenciler birlikte eğitim almaktadırlar. İkinci yılda öğrenciler 3. yarıyıl sonunda anatomi ve histolojiden, 4. yarıyıl sonunda fizyoloji ve biyokimyadan ülke düzeyinde yapılan 'devlet sınavına' alınmaktadırlar. Tıp fakültesinde ilerleyebilmeleri için bu sınavı başarmaları gereklidir. Üçüncü yılda üç tıp fakültesi programında müfredat yine birbirine benzer ve patoloji, mikrobiyoloji, farmakoloji ve dahiliye ile cerrahiye hazırlık dersleri verilmektedir.

Dördüncü yılda üç tıp fakültesi programı müfredatları iyice farklılaşmaya başlamaktadır. Pediatrik Tıp Fakültesi'nde derslerin çoğu pediatriye ve Hijyen Tıp Fakültesi'nde derslerin çoğu hijyene ayrılmıştır. Dördüncü yılın sonunda öğrenciler, yaz aylarında 8 hafta bir kırsal hastane veya poliklinikte dahiliye, cerrahi ve doğumda uygulamalı çalışma yaparlar. Staj yapılan hizmet polikliniklerinin her servisinde öğrenci eğitimi için görevli bir öğretim görevlisi de bulunmaktadır.

Üç tıp fakültesi programında beşinci yılda ayrımlar daha da belirginleşir ve eğitimin çoğu hastanede hasta başında verilir. Beşinci yılın sonunda Temmuz ayı, öğretim üyeleri ile uygulamalı çalışmaya ayrılır.

Altıncı yıl tamamen klinikte geçer. Belirli uzmanlık alanlarında az sayıda teorik ders de vardır. Yakından gözetim altında dispanserler, ilk yardım istasyonları, fabrikalar, ana-çocuk sağlığı dispanserleri ve genel hastanelerde uygulama yapılır."[323]

Uygulamalı eğitimlerde grupların küçük olmasına özen gösterilmektedir. Laboratuarlarda öğrencilere 30 kişilik gruplar halinde uygulama eğitimi verilirken, kliniklerde öğrenci gruplarının sayısı altıya düşmektedir. Laboratuarların donanımı yeterlidir ve laboratuar hayvanlarının bakımı-

---

[322] Starr (1958), *age*, sf : 828; Shimkin ve MacLeod (1959), *age*, sf : 795

[323] Starr (1958), *age*, sf : 830; Shimkin ve MacLeod (1959), *age*, sf: 796

na dikkat edilmektedir.[324]

Tablo 9, 10 ve 11 değerlendirildiğinde üç tür tıp fakültesinin müfredatlarında 1.545 saat işlenen temel tıp bilimlerinin toplam tıbbi müfredat içinde ortalama % 29'luk bir yer tuttuğu görülmektedir.

> Genel tıp fakültesi müfredatında toplam 3.713 saat olan klinik dersler içinde halk sağlığına doğrudan 287 saat (% 7,73) ayrılmıştır, ancak 214 saatlik enfeksiyon hastalıkları içinde epidemiyolojiye yer verildiği görülmektedir.

> Pediatrik tıp fakültesi müfredatında toplam 3.730 saat olan klinik dersler içinde halk sağlığına doğrudan 309 saat (% 8,28) ayrılmıştır, ancak 140 saatlik enfeksiyon hastalıkları ve 332 saatlik pediatrik enfeksiyon hastalıkları içinde epidemiyolojiye yer verildiği görülmektedir. Pediatrik tıp fakültesi müfredatında klinik dersler içinde pediatriye 1.278 saat ayrılmış olup, klinik müfredatın % 34,26'sını oluşturmaktadır.

> Hijyen tıp fakültesi müfredatında toplam 3,462 saat olan klinik dersler içinde halk sağlığına 1.504 saat (% 43,44) ayrılmıştır.

Allwood-Paredes, müfredata biçimsel olarak bakıldığında müfredat içinde halk sağlığına ayrılan payın, Sovyet eğitimindeki halk sağlığı vurgusunu yeterince ortaya koyamayacağını ifade etmektedir, çünkü müfredat içinde yer alan bütün konular önleyici tıp perspektifiyle ele alınmaktadır.[325]

1954 yılında Komünist Partisi Merkez Komitesi'nin yayınladığı bir kararname ile "uzmanlardan daha iyi yararlanılabilmesi için" tıp eğitiminde bazı reformlar yapılmıştır. 1944 müfredatında yer alan "Marksizm-Leninizm'in İlkeleri" dersi, 1954 yılında yerini "Diyalektik ve Tarihsel Materyalizm" dersine bırakırken, müfredata "Ekonomi Politik" dersi eklenmiştir. Ayrıca savaş yıllarında müfredata alınan "Askeri Tıp" dersi savaş sonrası yerini "Beden Eğitimi"ne bırakmıştır.

[324] Leake (1957), *age*, sf: 273

[325] Allwood-Paredes (1962), *age*, sf: 1216

d. 1957 reformu: intörnlük eğitimi

Tıp fakültelerinin müfredatında 1957 yılında önemli değişikliklere gidilerek, beşinci yılını tamamlayan öğrenciler bir yıllık bir uygulamalı eğitime (intörnlük) alınmış, adli tıp dersi dördüncü yıldan beşinci ve altıncı yıllara kaydırılmıştır. 1957 reformuyla getirilen yenilikler şöyle özetlenebilir:

> Hem tıp eğitimi sürecinde, hem de lisans sınavlarında girilmesi gereken sınav sayılarının azaltılması

> Beşinci sınıftan sonra

- genel tıp fakültelerinde dahiliye, cerrahi ve kadın doğum alanlarında;
- pediatrik tıp fakültelerinde pediatri ve pediatrik enfeksiyon hastalıkları alanında;
- halk sağlığı tıp fakültelerinde beslenme, hijyen ve epidemiyoloji alanlarında bir yıl intörnlük uygulaması (eğitimi) getirilmesi.

> Bu çerçevede genel tıp fakültesinde temel klinik derslerin (dahiliye, cerrahi ve kadın doğum) altıncı sınıfta (intörnlük) 1.050 saate (kadın doğum 200 saat, dahiliye ve enfeksiyon hastalıkları 500 saat ve cerrahi 350 saat) çıkartılması

> Bütün klinik alanlarda uygulamalı poliklinik eğitiminin dördüncü sınıfta başlaması.[326]

Reformun, bir kısmı geçmiş uygulamaları pekiştiren diğer yönleri şöyle sıralanabilir:

> Tıp fakültelerinde bütün derslerin yalnızca üçte biri teorik olarak verilmektedir.

> Öğrenciler birinci sınıftan itibaren kliniklerle tanıştırılmaktadır. İlk iki sınıfta haftada altı saat kliniklerde hemşirelere hasta bakımına yardımcı olmaktadırlar.

> Üçüncü sınıfta öğrenciler hemşirelerin görevlerini üstlenmektedirler.

> Dördüncü sınıfın sonunda öğrenciler sanayi hekimlerine ve kırsal kesimde görevli pratisyen hekimlere yardımcı olmaktadırlar. Bütün bu

[326] JME. (1959). *Curricula of the Higher Medical School in the USSR*, sf: 1211-1212. Journal of Medical Education, 34(12).

ortamlarda öğrenciler tıp fakültelerince görevlendirilen öğretim görevlilerinin gözetiminde görev yaparlar. Beşinci yılın sonunda hastanelerin meslek hastalıkları kliniklerinde çalışmaktadırlar. Altıncı sınıfta (intörnlük) neredeyse tamamen kendi alanlarında (genel tıp, pediatri ve hijyen) ağırlıklı bir uygulama içindedirler.[327]

Her yılın sonunda yapılan sınavlarda başarısız olanlara bir veya iki sınav hakkı daha tanınır. Bu sınavlarda da başarılı olamayanların durumları, aralarında öğrenci temsilcisinin de bulunduğu bir komite tarafından değerlendirilir.[328]

1960 yılından itibaren hijyen tıp fakültelerinde halk sağlığı ders saatleri (genel hijyen, mikrobiyoloji, epidemiyoloji, toplum sağlığı, işçi sağlığı, toplum hijyeni, sanayi hijyeni ve meslek hastalığı) büyük ölçüde arttırılarak, bu okullardan mezun olan hekimler bireye yönelik tedavi edici hizmetlerinden tamamen çekilmişlerdir.[329] 1960 yılında pediatrik tıp fakültesinde dersler, temel bilimlerden klinik derslere kadar pediatrik yaş grubuna özgü, bir başka deyişle "pediatri yönelimli" verilmektedir.[330]

---

[327] Ostroverkhov (1961), *age*, sf: 992; WHO (1962), *age*, sf: 56

[328] WHO (1962), *age*, sf: 56

[329] Ostroverkhov (1961), *age*, sf: 989

[330] US Public Health Papers (1962), *age*, sf: 17

Tablo 9: Genel Tıp Fakültesi Müfredatı, 1956 (6 yıl, 12 yarıyıl)

Ders	Yarıyıl	Ders Saati		
		Toplam	Teorik	Laboratuar veya Uygulama
SSCB Komünist Partisi Tarihi	1-3	160	86	74
Ekonomi Politik	3,4	80	48	42
Diyalektik ve Tarihsel Mater. lizm	4-7	140	80	60
Latince ve Yabancı Dil	1-4	220		220
Beden Eğitimi	1-4, 10	166	16	150
Fizik	1,2	136	68	68
Biyoloji	1,2	190	86	104
İnsan Anatomisi	1-3	392	118	274
Histoloji ve Embriyoloji	2,3	182	66	116
İnorganik ve Analitik Kimya	1-4	140	54	86
Biyolojik ve Organik Kimya, Fiziksel ve Koloidal Kimya	1-4	295	131	164
Fizyoloji	3,4	247	132	115
Mikrobiyoloji	4,5	207	70	137
Fizyopatoloji	5,6	155	68	87
Farmakoloji	5,6	170	68	102
Patolojik Anatomi	5,6	192	87	105
Dahiliyeye Hazırlık (Radyoloji ile)	5,6,9	274	133	141
Genel Cerrahiye Hazırlık	5.6	189	87	102

Uygulamalı Cerrahi (Topografik anatomiyle)	6,7	117	33	84
Hijyen	6,7	162	81	81
Halk Sağlığı Örgütü (Tıp Tarihiyle)	7-9	125	51	74
Tüberküloz Tedavisi	7,8	253	111	142
Cerrahi (Üroloji ile)	7,8	209	98	111
Nöroloji	8,9	106	44	62
Deri ve Zührevi Hastalıklar	8,9	101	44	57
Kadın Hastalıkları ve Doğum	7-12	379	83	296
Kulak-Burun-Boğaz	8,9	108	31	77
Pediatri	9,10	166	66	100
Göz	10	80	32	48
Psikiyatri	9	90	36	54
Adli Tıp	9,10	100	34	66
Hastane Tedavisi (poliklinik ve fizyoterapi ile)	9-12	486	68	418
Enfeksiyon Hastalıkları (Epidemiyoloji ile)	10 - 11	214	32	182
Hastane Cerrahisi (poliklinik, ağız sağlığı, travmatoloji, ortopedi ve fizyoterapi ile)	9-12	554	102	452
TOPLAM		6.795	2.344	4.451

Kaynak: Shimkin ve MacLeod (1959), age, sf: 797

Tablo 10: Pediatrik Tıp Fakültesi Müfredatı, 1956 (6 yıl, 12 yarıyıl)

Ders	Yarıyıl	Ders Saati		
		Toplam	Teorik	Laboratuar veya Uygulama
SSCB Komünist Partisi Tarihi	1-3	160	86	74
Ekonomi Politik	3,4	80	48	42
Diyalektik ve Tarihsel Materyalizm	4-7	140	80	60
Latince ve Yabancı Dil	1-4	220		220
Beden Eğitimi	1-4, 10	168	17	151
Fizik	1,2	136	68	68
Biyoloji	1,2	190	86	104
İnsan Anatomisi	1-3	392	118	274
Histoloji ve Embriyoloji	2,3	182	66	116
İnorganik ve Analitik Kimya	1-4	140	54	86
Biyolojik ve Organik Kimya, Fiziksel ve Kolloidal Kimya	1-4	295	131	164
Fizyoloji	3,4	247	132	115
Mikrobiyoloji	4,5	207	70	137
Fizyopatoloji	5,6	155	68	87
Farmakoloji	5,6	174	68	106
Patolojik Anatomi	5,6	188	83	105
Dahiliyeye Hazırlık (Radyoloji ile)	5,6,9	229	99	130
Genel Cerrahiye Hazırlık	5,6	189	87	102
Uygulamalı Cerrahi (Topografik anatomi ile)	6,7	102	34	68

Hijyen (Çocuk ve ergen hijyeni)	6,7	185	83	102
Pediatriye Hazırlık	6,7	121	53	68
Halk Sağlığı Örgütü (Ana Çocuk Sağlığı ve Tıp Tarihi ile)	8,9	124	64	60
Tüberküloz Tedavisi	7,8	179	83	96
Cerrahi (Üroloji ile)	7,8	167	58	109
Nöroloji	7,8	102	51	51
Deri ve Zührevi Hastalıklar	7,8	96	32	64
Pediatri	8,9	191	80	111
Enfeksiyon Hastalıkları (Epidemiyoloji ile)	9,10	140	70	70
Kadın Hastalıkları ve Doğum	7-9	229	81	148
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları (Epidemiyoloji ile)	10 - 12	332	91	241
Kulak-Burun-Boğaz	11	95	38	57
Göz	10	85	34	51
Hastane Tedavisi	9,10	140	70	70
Hastane Pediatrisi	10 - 12	464	91	373
Pediatrik Cerrahi (Ortopedi ile)	11,12	170	38	132
Psikiyatri	11	95	38	57
Adli Tıp	10	85	34	51
Hastane Cerrahisi	10	210	105	105
TOPLAM		6.814	2.589	4.225

Kaynak: Shimkin ve MacLeod (1959), age, sf: 798

Tablo 11: Sanitasyon-Hijyen Tıp Fak. Müfredatı, 1956 (6 yıl, 12 yarıyıl)

Ders	Yarıyıl	Ders Saati		
		Toplam	Teorik	Laboratuar veya Uygulama
SSCB Komünist Partisi Tarihi	1-3	160	86	74
Ekonomi Politik	3,4	80	48	42
Diyalektik ve Tarihsel Materyalizm	4-7	140	80	60
Latince ve Yabancı Dil	1-4	220		220
Beden Eğitimi	1-4, 11	154	8	146
Fizik	1,2	136	68	68
Biyoloji	1,2	190	86	104
İnsan Anatomisi	1-3	392	118	274
Histoloji ve Embriyoloji	2,3	182	66	116
İnorganik ve Analitik Kimya	1-4	140	54	86
Biyolojik ve Organik Kimya, Fiziksel ve Koloidal Kimya	1-4	295	131	164
Fizyoloji	3,4	247	132	115
Mikrobiyoloji	4,5	207	70	137
Fizyopatoloji	5,6	155	68	87
Farmakoloji	5,6	151	68	83
Patolojik Anatomi	5,6	170	83	87
Dahiliyeye Hazırlık (Radyoloji ile)	5,6,8	270	129	141
Genel Cerrahiye Hazırlık	5,6	185	68	117
Uygulamalı Cerrahi (Topografik anatomi ile)	6,7	79	32	47
Genel Hijyen	5,6	121	53	68
Tüberküloz Ted. Ve Fizyoterapi	7,8	201	85	116
Cerrahi	7,8	138	63	75

Nöroloji	7	85	34	51
Deri ve Zührevi Hastalıklar	7	85	34	51
Beslenme Hijyeni	7,8,12	218	58	160
Halk Sağlığı Örgütü (Tıp Tarihi ile)	10,11	156	70	86
Kadın Hastalıkları ve Doğum	8-9	140	70	70
Pediatri (Ped. enfeksiyonlarla)	9,10	116	50	66
Toplum Hijyeni	8-10	280	57	223
Kulak-Burun-Boğaz	9	85	34	51
Psikiyatri	9	68	34	34
Meslek Hastalıkları Tedavisi	9,10	165	66	99
Hastane Cerrahisi (mesleki travmatoloji ile)	9,10	148	66	82
Epidemiyoloji (Parazitoloji ile)	10 - 12	340	89	251
Sanayi Hijyeni	10 - 12	287	70	217
Göz	10	64	32	32
Adli Tıp	11	76	38	38
Çocuk ve Ergen Hijyeni	11,12	155	38	117
TOPLAM		6.636	2.494	4.142

Kaynak: Shimkin ve MacLeod (1959), age, sf: 799

Hekim Emekgücü Planlaması

SSCB'de tıp ve hijyen hizmetleri ile bunları sağlamak için gerekli kaynakları dengelemeyi olanaklı kılan ülke düzeyinde bir halk sağlığı planlaması yapılmaktadır. 1967 yılında tıp ve sağlık personeli 4.560.000 kişi olup bunlardan 598 bini (10 bin kişiye 25,3) hekimdir. Sağlık emekgücü planlamasında etkili faktörler şunlardır:

- Birlik cumhuriyetlerinin ekonomik ve kültürel gelişimi
- Nüfus beklentisi; beklentinin yaşa, cinsiyete ve mesleğe göre dağılı-

mı; kırsal ve kentsel nüfusun kültürel düzeyi ve bölgesel dağılımı
> Hastalıkların insidansı; hastalıkların düzeyi ve kalıpları; planlama döneminde bireylerin sosyo-ekonomik sorunları
> Tıp biliminin ilerleme durumu ve içerdiği konular yelpazesi; tıbbi hizmetlerin özelleşme derecesi
> Tıbbi hizmetlerin ve tıbbi personelin çalışmasının örgütlenme biçimi
> Nüfusun farklı tıbbi, önleyici ve hijyen hizmet türlerine gereksinim beklentisi ve tekil halk sağlığı bölümleri tarafından planlamada kullanılan standartlar
> Tıbbi personelin çalışma kotaları (poliklinik sayısı, tıbbi kurumlardaki hastalara sunulan hizmetler)
> Tıbbi personel için belirlenen çalışma saatleri kotaları
> Tıp ve hijyen kurumlarındaki görevli kotaları.[331]

Dünya Sağlık Örgütü, sağlıkta planlamanın öneminin anlaşıldığı yıllarda, kurulduğu yıllardan beri maddi yaşamın her alanında olduğu gibi sağlıkta da planlı bir politika izleyen Sovyetler Birliği'nden bu alandaki dene yimlerini paylaşmasını istemiştir.[332]
Sovyetler Birliği'nde hekim emekgücü değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler şöyle sıralanmaktadır:
> Yararlanılabilir hekimler (hekim yoğunluğu): çeşitli branşlardan hekimlerin nüfusa oranı
> Hekim dağılımı: bölgeler arası dağılım, kır / kent dağılımı, poliklinik / hastane dağılımı
> Hekim kullanımı: iş yükü ile ifade edilir.[333]

İş yükü üzerinde hekim eğitiminin niteliği önemli bir rol oynar. Yeterli eğitim almamış bir hekim, çözebilmesi gerektiği halde çözemediği so-

---

331 WHO. (1970). *Postgraduate Education for Medical Personnel in the USSR*, sf: 14-15. Belgium: World Health Organization. (Belçika'da basılmıştır).
332 Popov, G.A. (1971). *Principals of Health Planning in the USSR*, sf: 7. World Health Organization. (İngiltere'de basılmıştır)
333 Popov, G.A. (1971). *Principals of Health Planning in the USSR*, sf: 93. World Health Organization. (İngiltere'de basılmıştır)

runlar karşısında bir başka meslektaşını davet ederek veya gerekli olmadığı halde tetkik isteyerek iş yükünü arttırabilir. Böylece hekim eğitiminin niteliğini arttırarak, toplumun gereksinim duyacağı hekim sayısı azaltılabilir. İş yükü üzerine etkili diğer bir etken de, hekim çalışmasının örgütlenme biçimidir. Diğer sağlık emekçilerinin sunabileceği hizmetler için hekim aranması, hekim iş yükünü arttıracaktır.[334]

Genel Pratisyenler: Genel pratisyen, mesleki etkinliğini belirli sağlık sorunlarıyla sınırlamayan ve hizmet sunduğu topluma doğrudan ve sürekli hizmet sunan hekimdir. Genel pratisyeni diğer uzman hekimlerden ayıran iki özellik vardır:

> İnsanlar genel pratisyenlere doğrudan (bir başka hekim tarafından sevk edilmeden) başvururlar

> Genel pratisyen, insanlara sürekli (deyim yerindeyse beşikten-mezara) hizmet sunar.[335]

Uzmanlar: Uzman hekim, mesleki etkinliğini belirli sağlık sorunlarıyla sınırlayan hekimdir. Kendilerine başvuru genellikle bir hekim aracılığı ile (sevk) yapılır.[336]

Sovyetler Birliği'nde insanların sağlık sorunları için ilk başvuru noktası uçastok hekimidir. Kırsal alanda bu hekim genel pratisyen veya pediatrist hekimdir fakat her iki branştan hekim de genel pratisyen olarak hizmet sunar. Bu branşlar Sovyetler Birliği'nde "birincil uzmanlıklar" olarak kabul edilir.[337]

Sovyetler Birliği'nde tıp fakültelerine her yıl kabul edilecek öğrenci sayısının hesaplanmasında aşağıdaki formül kullanılmaktadır.[338]

---

[334] Popov, G.A. (1971). *Principals of Health Planning in the USSR*, sf: 93. World Health Organization. (İngiltere'de basılmıştır)

[335] Popov, G.A. (1971). *Principals of Health Planning in the USSR*, sf: 94. World Health Organization. (İngiltere'de basılmıştır)

[336] Popov, G.A. (1971). *Principals of Health Planning in the USSR*, sf: 95. World Health Organization. (İngiltere'de basılmıştır)

[337] Popov, G.A. (1971). *Principals of Health Planning in the USSR*, sf: 96. World Health Organization. (İngiltere'de basılmıştır)

[338] Popov, G.A. (1971). *Principals of Health Planning in the USSR*, sf: 123. World Health Organization. (İngiltere'de basılmıştır)

$$F = \left[\frac{(N_O - N_C)D_B}{10} + \frac{(D_P - D_B)N_O}{10} + V\right]\left[\frac{100}{(100 - K)R}\right]$$

F: Yılık ortalama alınacak öğrenci sayısı
No: Optimum hekim yoğunluğu (10 bin kişiye düşen hekim sayısı)
Nc: Planlama dönemi sonunda beklenen hekim yoğunluğu
DB: Planlama dönemi sonunda beklenen nüfus (bin)
DP: Öğrencinin mezun olacağı yıl beklenen nüfus (bin)
V: Öğrenci mezun olana kadar mesleği terk etmesi beklenen (ölüm, emeklilik vb.) hekim sayısı
K: Planlama dönemi boyunca okulu bırakması beklenen öğrenci oranı (%)
R: Tıp eğitiminin süresi (yıl)

Uzmanlık alanlarında eğitime alınacak hekimlerin hesaplanmasına ilişkin çeşitli formüller bulunmaktadır.[339]

1960 yılında Sovyetler Birliği'nde 6 yıllık tıp fakültesinden mezun 381.000 hekim bulunmaktadır. Bunlar arasında;

> 92.000 genel tıp hekimi
> 55.000 pediatrik hekim
> 38.000 cerrah
> 27.000 kadın doğum uzmanı
> 16.000 göğüs hastalıkları uzmanı
> 10.000 nöroloji uzmanı (Not: bu dönemde nöroloji ve psikiyatri birliktedir) bulunmaktadır.[340]

1928 yılında Sovyetler Birliği'nde 4 bin kişiye bir hekim düşmektedir.[341] 1931 yılında hekim sayısı 76 bine yükselmiştir.[342] 1935 yılına gelindiğinde

[339] Popov, G.A. (1971). *Principals of Health Planning in the USSR*, sf: 124-125. World Health Organization. (İngiltere'de basılmıştır). Daha ayrıntılı bilgi için bkz: Hilleboe, H.E., Barkhuus, A., Thomas, W.C. (1972). *Approaches to National Health Planning*, sf: 29-44. World Health Organization. (Fransa'da basılmıştır).
[340] US Public Health Service (1962), *age*, sf: 4
[341] Webb (1947), *age*, sf: 682
[342] Newsholmeve Kingsbury (1933), *age*, 17. Bölüm

2 bin kişiye bir doktor oranına ulaşılabilmiştir.[343] 1940 yılında 1.400 kişiye bir hekim düşmektedir.[344] 1956 yılında Sovyetler Birliği'nin nüfusu 200 milyondur ve toplam 329.442 hekim, diş hekimi ve eczacı ile 930 bin feldsher, ebe, hemşire ve diğer yardımcı sağlık personeli bulunmaktadır.[345] 1959 yılında 560 kişiye bir hekim düşmektedir.[346] 1962 yılında askeri hekimler hariç 445 bin hekim buiunmaktadır. 1963 yılında 500 kişiye bir hekim düşmektedir.[347]

1963 sonbaharında Birleşik Devletler–SSCB Kültürel Değişim Anlaşması çerçevesinde Tıp Eğitimi Delegasyonu ile Sovyetler Birliği'ni ziyaret eden ve Birleşik Devletler Sağlık Bakanlığı'nda görevli Dr. William L. Kissick, raporunun "yorum" bölümünde şu ifadelere yer vermiştir:

> "Sovyetler Birliği'nde tıp eğitimi, nüfusun sağlık hizmetleri gereksinimini karşılamak üzere yeterli sayıda sağlık personeli hazırlamak için örgütlenmiştir. Mevcut 100 bin kişiye 198 hekim oranı, SSCB Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen 100 bin kişiye 210 hekim hedefinin altındadır. Buna göre tıp eğitimine alınan öğrenci sayısı arttırılmaktadır. Her hekime 4 sağlık personeli düşmektedir ve bu oran yeterli kabul edilmektedir.
>
> Sovyet tıp eğitiminin iki özelliği etkileyicidir. Birincisi, sağlık personeline tam gün ve gece tıp eğitimi olanağı verilmesidir. Bu mekanizma sağlık personeline potansiyellerini hekim olarak değerlendirme fırsatı sunmaktadır. Sovyet tıp öğrencilerinin yaklaşık beşte biri daha önce sağlık eğitimi almışlardır.
>
> Sovyet programının dikkati çeken ikinci özelliği yaygın ve iyi örgütlenmiş sürekli eğitim yaklaşımıdır. İki ay süren bu teorik ve uygulamalı kurslar yanında mektupla eğitim olanağı da bulunmaktadır."[348]

---

[343] Webb (1947), *age*, sf: 682.

[344] Ostroverkhov (1961), *age*, sf: 987

[345] Starr (1958), *age*, sf: 829; Shimkin ve MacLeod (1959), *age*, sf: 801

[346] Ostroverkhov (1961), *age*, sf: 987

[347] Kissick (1964), *age*, sf: 1069

[348] Kissick (1964), *age*, sf: 1076-1077

Kissick, raporunun "sonuç" bölümünü şöyle tamamlamaktadır:

> "Sovyetler Birliği'nin etkili bir tıp eğitimi sistemi vardır. 1917 Devrimi sonunda yetersiz bir sağlık insangücü tabanı ile başlamış, bulaşıcı hastalıklar, bebek ölümü ve ana ölümü insidansını[349] büyük ölçüde azaltmak için yeterli sağlık personeli yetiştirmiştir. Dahası, sistem yüksek nitelikte hekimler ve bilim insanları yetiştirmiştir."[350]

5. 1960 Sonrası

Tıp Fakülteleri

Sovyetler Birliği'nde 1962 yılında 526 kişiye bir hekim düşmektedir.[351] Medvuz'lardaki toplam fakülte sayısı 1963 yılında 176'ya yükselmiştir:

- Genel tıp fakültelerinin sayısı 75,
- Pediatrik tıp fakülteleri 33,
- Hijyen tıp fakülteleri 21,
- Diş hekimliği fakülteleri 29 ve
- Eczacılık fakülteleri 18[352]

1963 yılında tıp fakültelerine kabul edilen öğrenci sayısı 30-32 bine ve mezun sayısı 25 bine yükselmiştir. Dokuz öğrenciye bir öğretim üyesi düşmektedir. 1970'lerin başlarında 100 bin kişiye 266 hekim düşmekte (376 kişiye 1 hekim) ve bunun 10 yıl içinde 286 kişiye bir hekim oranına indirilmesi planlanmaktadır. 1970 itibariyle 15 özerk cumhuriyette toplam 92 tıp enstitüsü eğitim vermektedir ve her cumhuriyette en az bir tıp fakültesi vardır.[353]

---

[349] Sıklığını (y.n.)

[350] Kissick (1964), *age*, sf: 1077

[351] Allwood-Paredes (1962), *age*, sf: 1214

[352] Kissick (1964), *age*, sf: 1069-1070

[353] Cooper (1971), *age*, sf: 412

Tablo 12: Sovyetler Birliği'nde Tıp Enstitüsü ve Tıp Fakültesi Sayıları

Yıl/(Kaynak)	Tıp Enstitüsü (Medvuz)	Tıp Fakültesi (Üç Program)
1917 (Gantt, 1924: 1056)		13
1922 (Kurashov, 1954: 510)		34
1927 (Gregg, 1927: 12)	24	?
1936 (Sigerist, 1937: 348-350)	?	51
1938 (BMJ, 1938: 1316)	?	72
1947 (JME, 1960: 1182)	?	74
1954 (Kurashov, 1954: 511)	63	?
1956 (Starr, 1958: 828)	77	113
1958 (Parran, 1958: 611)	87	?
1963 (Kissick, 1964: 1069)	?	129
1970 (Cooper, 1971: 412)	92*	
1991 (Barr ve Schmid, 1996: 142)	93	

** 83 Medvuz ve 9 Üniversite*

e. Dinamik müfredat: 1967 reformu

Tıp eğitiminde müfredat her beş yılda bir gözden geçirilmektedir. 1964 yılında üç tür tıp fakültesinin klinik öncesi müfredatları Tablo 13 ve klinik müfredatları Tablo 14'de karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.[354] Öğrenciler bu müfredata ek olarak polikliniklerde ve hastanelerde, ilk iki yıl boyunca her yarıyılda 5'er saatlik 6-8 kez, sağlık emekçilerine yardımcı olarak çalışmaktadır. Öğrenciler bu çalışmalarını üçüncü yıl "ara sağlık personeli" olarak sürdürmektedirler. Üçüncü, dördüncü ve beşinci yıllarda yaz aylarında öğrenciler bir ve iki aylık sürelerle kırsal ve kentsel sağlık kurumlarında görevlendirilmektedir.[355]

İnsan anatomisi birinci, ikinci ve üçüncü yarıyıllarda toplam 376 saat verilmektedir. Öğrenciler 10-12 kişilik gruplara ayrılmakta, her iki grup

[354] Kissick (1964), *age*, sf: 1072 - 1073 ve 1076
[355] Kissick (1964), *age*, sf: 1071

bir kadavra üzerinde çalışmaktadır. Anatomi sınavı devlet tarafından ülke genelinde yapılan ara temel bilimler sınavlarından biri olup üçüncü yarıyıl sonunda yapılır. Öğrencinin okula devam edebilmek için bu sınavı başarması gerekir.[356] Temel bilimlerde yapılan ara devlet sınavlarında başarılı olamayanlar, eğitimlerini laboratuar teknisyenliği gibi mesleklerde sürdürebilmektedirler. Klinik yıllarda başarısız olanlar da mevcut eğitimlerine göre sağlık emekgücünün diğer alanlarında değerlendirilmektedir.[357]

1967 yılında tıp fakültelerinde bir müfredat reformu yapılarak, tıp fakültesinin süresi bir yıl daha arttırılmış, altıncı sınıftan sonra bir yıllık bir intörnlük eğitimi ile birlikte hekim eğitimi altı yıldan yedi yıla çıkartılmıştır. Önce dört fakültede denenen reform daha sonra giderek diğerlerine yayılmıştır.[358]

Bu reformla öğrencilerin eğitimi şöyle belirlenmiştir:

> İlk iki yılda kimya, biyokimya, anatomi, fizyoloji, felsefe ve yabancı dil (İngilizce, Fransızca, Almanca) almakta ve bu derslerden devlet sınavına girmektedirler. Tıp eğitimine devam edebilmek için bu sınavı başarmak gereklidir. Bu dönemin sonunda öğrenciler *erken uzmanlaşma* alanlarından birini (genel tıp, pediatri veya halk sağlığı) seçerek öğrenimlerini bu alanda sürdürürler.

> Üçüncü yıl dersleri farmakoloji, mikrobiyoloji, patoloji, fizik muayene ve cerrahi derslerinden oluşmaktadır.

> Dördüncü yıl ana kliniklerde klinik eğitime alınan öğrenciler, her serviste bir ay rotasyon yapmaktadırlar. Model, günde 1 saat amfi dersinden sonra 6-7 kişilik gruplar halinde koğuşlarda 3-4 saat çalışma esasına dayanmaktadır. Her öğrenciye 1 ay için sorumlu olduğu bir yatak verilmekte, ancak öğrencinin, grubundaki diğer arkadaşlarının vakaları hakkında da bilgi sahibi olması istenmektedir. Haftada iki kez profesör viziti yapılmakta ve haftada bir seminer verilmektedir.

> Beşinci yıl esas olarak dördüncü yılla aynı yapıya sahipken, bu yılda öğrenciye daha fazla klinik sorumluluk verilmektedir.

---

[356] Kissick (1964), *age*, sf: 1071 - 1072

[357] Leake (1957), *age*, sf: 271

[358] WHO (1970), *age*, sf: 19; Cooper (1971), *age*, sf: 412

> Altıncı yılda genel tıp öğrencileri cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum alanlarının birinde, pediatrik tıp öğrencileri genel pediatri veya pediatrinin yan dallarından (örneğin pediatrik enfeksiyon hastalıkları) birinde *"birincil uzmanlaşmaya"* (primary specialization) başlamaktadır. *Subinternatura* denen altıncı yılın bitiminde öğrenciler devlet lisans sınavına alınmakta ve başarılı olanlara sertifika verilmektedir. Sınavı başaranlar intörnlük yapacakları kurumlara atanırlar.

> Yedinci yılda (*internatura*) öğrenci büyük bir klinik veya hastanede subordinaturada aldığı eğitime göre bir kliniğe devam etmektedir. Yedinci yılın sonunda öğrenciler "uzmanlaştıkları" alandan sınava girerler ve başarılı olanlar kırsal kesimde 3 veya kentsel kesimde 5 yıllık bir dönem için zorunlu hizmet yapacakları bir sağlık kurumuna atanırlar.[359]

İlk iki yıl yaz tatilinde öğrenciler sağlık kurumlarında tıp fakültesi öğretim üyelerinin gözetimi altında klinik eğitim alırlar. Üçüncü yılın sonunda 4 hafta hastane ve polikliniklerde yardımcı sağlık personeli olarak görev alırlar. Dördüncü yılın sonunda ise yine 4 hafta fakat bu kez hekim yardımcısı olarak görev alırlar. Beşinci yılın sonunda devam ettikleri programa göre gözetim altında iki ay genel tıp, pediatrist veya halk sağlığı hekimi olarak çalışırlar.[360]

Müfredatta Entegrasyon

Bu dönemde tıp eğitimi müfredatının gözden geçirilme süresi 5 yıldan 3-4 yıla indirilmiştir. 1967 reformuyla eğitim programı ders bazında ele alınarak tıp eğitiminde dikey ve yatay entegrasyona gidilmiştir. Bu bir yandan zaman ve emek tasarrufu sağlarken, diğer yandan tıp eğitimindeki gereksiz duplikasyonları ortadan kaldırmıştır, öğretim zamanının daha rasyonel kullanımını getirmiştir.

---

[359] Cooper (1971), *age*, sf: 414; Clark, M. (1978). *CME in the Soviet Union*, sf: 902. Canadian Family Physician, 24(9); Katz, F.M., Fülöp, T. (1980). Personnel for Health Care: Case Studies of Educational Programmes, sf: 175, Volume 2. World Health Organization. Public Health Papers. No. 71; Vartanian, F. (2008). *Medical Education in Russia*, sf: 2-5. http://www.globecpd.org/pdfs/educationinrussia.pdf (Erişim: 30 Haziran 2010).

[360] Clark (1978), *age*, sf: 902-903

Entegrasyon çalışması için fakülte içi gruplar oluşturulmuştur. Bu gruplar fakülteye ve öğretim yılına göre konuların süreleri ve verilme zamanlamasını (sıralama) düzenlemişlerdir. Bu düzenleme, öğretimin *soruna yönelik* yapılandırılması ve bu şekilde öğrencilerin sorunları daha iyi tanıması ve tanımlaması, edindikleri bilgileri daha iyi kullanabilmeleri esasına göre yapılmıştır. Entegre ders programları, öğrenciler ve öğretim görevlilerinin kendi verimliliklerini çok daha kolay değerlendirebilmelerini sağlamıştır.[361]

Bu çalışmada en büyük güçlüklerden biri, teorik, biyomedikal ve klinik konuların öğretiminde entegrasyondur. Kavramların öğrencilerin konuyu en iyi biçimde anlayabileceği hale getirilmesi ve bunu yaparken öğretimde bir yıl ile diğeri arasındaki mantıksal bağlantının korunması kolay değildir. Bunun sağlayabilmek için ders programı sürekli gözlenmelidir. Bu izlem, enstitülerin en kıdemli öğretim üyelerinden oluşan "*sorun panelleri*" tarafından yapılmaktadır. Bütün bu çalışmalar *Sağlık Bakanlığı Merkezi Eğitim Kurumları Kurulu* ile işbirliği içinde yürütülmektedir. Bu kurulda enstitülerin öğretim üyeleri ve sağlık kurumlarından temsilcilerden oluşturulan "*konu panelleri*" ders programlarının azami nesnellikle değerlendirilmesine katkıda bulunmaktadır. Yine konuların hangi yöntemlerle aktarılacağı da bu panellerde tartışılmaktadır. Ders programında bir değişikliğe gidileceğinde, bu alandaki en deneyimli fakülteden bir taslak hazırlaması istenir ve taslak hazırlanarak bütün fakültelere gönderilir. Önerilerle birlikte taslak konu paneline iletilir. Son karar Merkezi Eğitim Kurumları Kurulu'nda verilir. Ancak değişimin en son test edildiği yer öğrencinin başarısıdır. Fakülte konseyleri eğitim programının verimliliğini her akademik yılın sonunda öğrenci başarısını da dikkate alarak değerlendirir ve değişim kesinleştirilir.[362]

Öğretim Yöntemleri

Eğitim programının optimum kullanımını sağlamak için programlı öğretim, görsel-işitsel araçlar ve eğitimde televizyon ve filmlerin kullanı-

---

[361] Katz ve Fülöp (1980), *age*, sf. 175

[362] Katz ve Fülöp (1980), *age*, sf. 176

mı dahil eğitim yöntemleri ve teknolojisine de yeterli önem verilmelidir. Öğrencilerin öğrendiklerini uygulamaya aktarabilmeleri ve hastalıkların tanı ve tedavisinde yeterli olmaları gerekliliği, çeşitli yeni öğretim yöntemlerinin oluşturulmasına yol açmıştır.

Bu amaçla Birinci ve İkinci Moskova Tıp Enstitüleri'nde, tıp eğitimi alanının geliştirilmesi için özel bilimsel laboratuarlar oluşturulmuştur. Bu laboratuarlarda kendi kendine öğrenme programlarının hazırlanması, eğitim programının farklı aşamalarına göre kendi kendini sınama sistemlerinin hazırlanması, görsel-işitsel eğitim araçları ve diğer orijinal eğitim yöntemlerinin geliştirilmesi için çalışmalar yapılmıştır. Eğitim ve tıbbi psikoloji fakültelerinin yardımıyla eğitime ilişkin sorunların çözümünde daha nesnel ve bilimsel yaklaşımlar geliştirilmiştir.[363]

Öğrencilerin Seçimi

Öğrencilerin tıp eğitimini seçmeden önce eğitim ve meslek hakkında daha iyi bilgilendirilmelerini sağlamak üzere tıp fakültelerinde lise öğrencileri ile fakülte öğretim üyelerinin bir araya geldikleri günler düzenlenmektedir. Böylece gençlerin mesleği daha iyi tanımaları ve kararlarını buna göre vermeleri sağlanmaktadır.

Sanayide ve tarımda çalışan gençler ve diğer sağlık mesleklerinde (feldsher, hemşire, ebe vb.) çalışmakta olanlardan tıp eğitimi almak isteyenler için özel hazırlık kursları örgütlenmiştir. Bu kurslara katılanlar, aynı zamanda iki yıl sağlık kurumlarında değişik işlerde çalışarak, ortamı daha iyi tanımaktadırlar.[364]

f. 1976 reformu

1976 yılında yapılan müfredat reformunun üç nedeni vardır:

> Mevcut müfredat programı ile öğrencilerin tıp fakültelerinin ilk yıllarında tıbba ilgilerini yitirdikleri gözlenmiş ve bu sorunu çözmek için öğrencilerin tıp eğitiminin daha erken yıllarında tıbbi uygulamalarla ta-

---

363 Katz ve Fülöp (1980), *age*, sf: 176-177

364 Katz ve Fülöp (1980), *age*, sf: 177

nışması gerektiği düşünülmüştür.

> Öğretimin çok-disiplinli temelde verilebilmesi için öğrencilerin genel klinik tıpla daha erken tanıştırılması ve biyomedikal konuların son yıllara doğru yayılması gereklidir. Böylece öğrencinin biyomedikal ve klinik konular arasındaki karşılıklı ilişkiyi daha iyi kavraması sağlanacaktır.

> Öğrencilerin "erken uzmanlaşma" yılından önce, poliklinik ve uygulama eğitimlerinin erken yıllarda arttırılması yoluyla pratik becerilerinin güçlendirilmesi gereklidir.

Yeni müfredat dört klinik öncesi, altı klinik ve iki "birincil uzmanlaşma" yarıyılı kalıbını (toplam 6 yıl) korumuştur. Ancak klinik öncesi ve klinik ders programları değiştirilmiştir. Yeni sistemde belli klinik disiplinin konuları işlenirken, eşzamanlı olarak buna ilişkin klinik öncesi konular da *yan yana* işlenmektedir. Böylece klinik yöntemlerin (propedötikler) öğretimi dördüncü yarıyılda başlamakta ve fizyopatoloji, histopatoloji ve diğer biyomedikal disiplinler ile birlikte devam etmektedir. Beşinci ve altıncı yıllarda klinik eğitim klinik farmakoloji, klinik biyokimya gibi konuları içermektedir. Ayrıca tıp eğitiminde yeni bir bütünleştirilmiş öğretim yöntemi olarak, belli bir konunun, o konuyla ilgili farklı uzmanlık dalları tarafından *birlikte* anlatılması uygulaması başlatılmıştır.

Yeni müfredatta sağlık hizmetlerinin çeşitli boyutları uygulamalı eğitime yıllar bazında katılmaktadır. Öğrenci tıp eğitiminde ilerledikçe bu hizmetlerin sunumundaki sorumluluğu arttırılmaktadır. Uygulama eğitimi koğuş görevlisi, hemşire yardımcısı ve hemşirelik işlevleriyle başlamakta, feldsher işlevleriyle devam etmekte ve "birincil uzmanlaşma" aşamasına kadar hekim yardımcısı işlevleriyle sonlanmaktadır.[365]

---

[365] Katz ve Fülöp (1980), *age*, sf: 178-179

Tablo 13: Klinik öncesi müfredatın karşılaştırması
(SSCB:1964; Harvard: 1960)

Ders	Ders Saati			
	Genel Tıp	Pediatri	Hijyen	Harvard*
Marksizm-Leninizm	353	353	354	
Yabancı Dil	238	238	244	
Beden Eğitimi	134	134	138	
Fizik	152	152	176	
Biyoloji	172	172	176	
İnsan Anatomisi	376	376	295	280
Histoloji ve Embriyoloji	182	182	153	280
İnorganik ve Analitik Kimya	140	140	227	
Biyolojik ve Organik Kimya	295	295	272	256
Fizyoloji	246	246	255	256
Mikrobiyoloji	207	207	248	300
Patoloji	329	325	314	357
Farmakoloji	170	174	141	100
Dahiliyeye Hazırlık	238	193	225	145
Genel Cerrahiye Hazırlık	234	234	185	100
Pediatriye Hazırlık		45		
Hijyen	90	90	145	
Psikoloji				100
Biyoistatistik				100
TOPLAM	3.556	3.556	3.548	2.274

* SSCB tıp eğitiminin klinik öncesi dönemi 4, Harvard'ın ise 2 yıldır.
***Kaynaklar:** US Public Health Service (1962), age, sf: 19; Kissick (1964), age, sf: 1072.*

Tablo 14: Klinik müfredatın karşılaştırması (1964)

Ders	Ders Saati		
	Genel Tıp	Pediatri	Hijyen
Dahiliye	775	355	191
Cerrahi	835	422	194
Çocuk Cerrahi		170	
Kadın Hastalıkları ve Doğum	379	211	111
Pediatri	166	731	140
Enfeksiyon Hastalıkları	214	140	167
Ped. Enfeksiyon Hastalıkları		332	
Adli Tıp, Genel Hijyen ve Halk Sağlığı Örgütlenmesi	301	304	406
Göz, KBB, Dermatoloji	269	276	201
Nöroloji ve Psikiyatri	196	197	128
Meslek Hastalıkları ve İş Hijyeni			421
Beslenme			263
Çocuk ve Ergen Hijyeni			244
Epidemiyoloji			392
Toplum Hijyeni			333
Seçmeli	86	90	72
TOPLAM	3.221	3.228	3.263

Kaynak: Kissick (1964), age, sf: 1073

Kadın Öğrenciler

Devrim öncesinde Rusya'da kadınlar yalnızca Leningrad'daki Kadın Tıp Fakültesi'ne ve Moskova'daki İkinci Enstitü'ye girebiliyorlardı. Kadınlar tıp fakültesine daima sınavla kabul edilirken, tanınmış bir liseden mezun erkekler sınavsız, diğer erkekler sınavla alınıyordu. Devrimden sonra bu cinsiyetçi uygulama tamamen kaldırılmıştır ve bunun etkileri kısa sürede kendisini göstermiştir.[366] Devrimden sonra kadınların tıp fakültele-

[366] Gantt (1924), *age*, sf: 1056; Gregg (1927), *age*, sf: 56

rine kabul edilme oranları cinsiyet ayrımcılığı gözetilmemesi nedeniyle hızla artmış ve bunun sonucu hekimler içinde kadın hekim oranı oldukça yükselmiştir.

Kadınların hekimlik mesleğine girebilmeleri ve mesleklerinde ilerleyebilmeleri erkek-egemen toplumlarda her zaman bir sorun olmuştur. 1967 yılında Amerikan Tıp Kolejleri Birliği'nin 78. yıllık toplantısında bir sunum yapan Dr. Bowers, Birleşik Devletler'de kadınların tıp öğrencilerinin % 8'ini, hekimlerin % 6,55'ini oluşturduğunu belirtmektedir. Bowers bu sorunun Birleşik Devletler'e özgü olmadığını, Kanada, İspanya ve Japonya gibi ülkelerde de durumun aynı olduğunu ifade etmektedir. Aynı yıl "Doğu Avrupa'nın komünist ülkelerinde, kadınlar tıp öğrencilerinin % 50'sini" oluşturmaktadır; Rusya'da ise bu oran % 75'e ulaşmaktadır.[367]

Ücretsiz Tıp Eğitimi

1950'lerde tıp öğrencilerinin harçlığı ayda 28-30 rubledir ve yaz aylarında da verilir. Kaldıkları hostellere ayda 15 ruble öderler.[368]

Starr, 1950'lerde tıp öğrencilerinin yaşamını şöyle tasvir eder: "Zorunlu derslere, laboratuarlara ve seminerlere devam eder; iyi gelişmiş bir beden eğitimi sistemine katılır; yaz tatillerini bir grup arkadaşıyla tarlada veya değirmenlerde çalışarak geçirir veya sendikaların ucuz dinlenme evlerinden birine giderler."[369]

Öğrenciler 1960'larda ayda 250-400 ruble harçlık almaktadırlar.[370] Birinci sınıfta ayda 220, ikinci sınıfta 240, beşinci sınıfta 380 ve altıncı sınıfta 480 ruble harçlık verilmektedir. Başarılı öğrencilere ise ayda 800 dolar *Lenin Bursu* verilmektedir. Öğrenciler kaldıkları yerlere ayda 15 ruble ödemekte ve buralarda çok ucuza yemek yiyebilmektedirler.[371]

---

[367] Bowers, J.Z. (1968). *Special Problems of Women Medical Students*, sf: 532. Journal of Medical Education, 43(5).

[368] Starr (1958), *age*, sf: 829; Shimkin ve MacLeod (1959), *age*, sf: 795; Ostroverkhov (1961), *age*, sf: 990

[369] Starr (1958), *age*, sf: 829

[370] WHO (1960), *age*, sf: 36

[371] WHO (1962), *age*, sf: 55

Bilim Çemberleri

Öğrenci Bilim Çemberleri tıp eğitiminin bütünleyici bir parçasıdır. Disiplin temelli bu Çemberler üç bölümde örgütlenmişlerdir:

> Tıbbi-biyolojik (temel bilimler),
> Tedavi (dahiliye veya genel tıp) ve
> Cerrahi

Her çember bir sekreter seçer, ancak çemberlerin yönetimi öğrenciler tarafından seçilen bir konsey tarafından yürütülür. Fakültenin akademisyenleri Bilim Çemberlerine rehberlik ederler. Belli konuları tartışmak üzere düzenli olarak toplanan çemberler, yılda bir Bahar aylarında çalışmalarını Öğrenci Araştırma Toplulukları'nda sunarlar. Çalışmalar Yüksek Öğrenim Bakanlığı tarafından ödüllendirilir ve ulusal tıp dergilerinde yayınlanır. Ayrıca her yıl çalışmalar bir kitap halinde yayınlanır.[372]

1970'lerde tıp fakültelerinin bütün departmanlarında dalı olan bir Öğrenci Topluluğu kurulmuştur. Bu yapı eski Öğrenci Bilim Çemberleri'nin bir devamıdır. İşlevleri aşağı yukarı aynı kalsa bile çok daha örgütlü yapılardır.[373]

Tıp Eğitiminde Sovyet (Semasko) Modelinin Özellikleri

> Eğitimin devlet tarafından sunulması
> Eğitimin Sağlık Bakanlığı'na bağlı yürütülmesi
> Eğitimin hekimin ileride görev yapacağı sağlık kurumlarındaki işlevlerine göre düzenlenmesi
> Sağlık emekgücü planlamasına dayanması
> Herkese (aristokratlar, burjuvalar ve toprak ağaları hariç) ücretsiz eğitim olanağı
> Öğrencilere (aristokrat, burjuva ve toprak ağası çocukları hariç) karşılıksız burs
> Eğitim sonunda istihdam garantisi

---

[372] Starr (1958), *age*, sf: 832-833; Kissick (1964), *age*, sf: 1075
[373] Cooper (1971), *age*, sf: 414

> Tıp eğitiminin ülkeye eşit dağıtımı
> Uygulama ağırlıklı eğitim
> Erken "uzmanlaşma" (genel tıp, pediatri ve hijyen alanlarında)
> Eğitimde her iki cinse eşit fırsat
> Öğrenci seçiminde proleter aile çocuklarına veya emekçilere öncelik
> Tedavi edici olmaktan çok önleyici yaklaşım
> Bireyin değil toplumun sağlık bakımına öncelik

6. SSCB'de Hekimlik Kariyeri

Lisans

Devrimden önce tıp fakültesini bitirenlere hekimlik yapma izni, devlet lisans sınavları ile verilirken, savaş yıllarında bu sınavlar azaltılmış ve devrimle kaldırılarak; okullar, süresini tamamlayanlara diploma vermeye yetkili kılınmıştır. 1924 yılında devlet lisans sınavları yeniden örgütlenerek uygulamaya konmuştur.[374] Sınavda başarılı olan hekimler Sovyetler Birliği'nde hekimlik yapma yetkisi alarak hemen görevlerine atanmaktadır.[375]

Sovyetler Birliği'nde iki dereceli bir lisans sistemi bulunmaktadır. Birincisi, bir tıp fakültesinden mezuniyet sertifikası ve ikincisi uzmanlık belgesidir. Lisans sınavları Eğitim Bakanlığı tarafından yapılmaktadır.[376]

Hekim (vrach) unvanı almak için 6. yılın sonunda 23 Mayıs-1 Temmuz arasında devlet sınavına girilir. Bütün öğrenciler *Sovyetler Birliği Komünist Partisi Tarihi* ile *Diyalektik ve Tarihsel Materyalizm* sınavlarına girerler. Ayrıca;

> Genel Tıp Fakültesi mezunları dahiliye, cerrahi, kadın doğum ve hijyen-halk sağlığı sınavlarına girerler.
> Pediatrik Tıp Fakültesi mezunları benzer sınava girer fakat kadın doğum yerine pediatrik enfeksiyon hastalıkları vardır.
> Hijyen Tıp Fakültesi mezunları dahiliye, toplum hijyeni, sanayi hijye-

374 Gantt (1924), *age*, sf: 1057; Gregg (1927), *age*, sf: 63
375 Newsholme ve Kingsbury (1933)*age*, 17. Bölüm
376 Gregg (1927), *age*, sf: 65

ni ve epidemiyolojiden sınava girerler.[377]

Tıp eğitimi 7 yıla çıkartıldıktan sonra da bu sistem korunmuş ve öğrenciler yine altıncı sınıfın sonunda lisans sınavına alınmışlardır. Bu sınavı başardıktan sonra intörnlük yapmalarına izin verilmiştir.

Özel hekimlik çok ağır vergilendirme yoluyla uygulamada ortadan kaldırıldığından, bütün hekimler bir aylık ücretli bir izinden sonra Sağlık Bakanlığı tarafından görev yerlerine atanır. Kırsal kesimlerde çalışmak isteyen hekimler için özendirici uygulamalar vardır. Bunlar, kendisi ve ailesinin taşınma ve ulaşım masraflarının karşılanması ve kentsel alanlarda çalışanlara göre ayda 50 ruble yüksek ücret ödenmesidir. Ayrıca kırsal alanlarda hekimlik yapanlar, kentsel alanlarda görev alan meslektaşlarından iki yıl daha önce uzmanlık eğitimi için başvurma hakkına sahiptir. Sağlık Emekçileri Sendikası tarafından yayınlanan *Emekçi Sağlıkçı* (Meditsinski Rabotnik) dergisi kırsal kesimde çalışmanın zorluklarına ilişkin konuları ele almaktadır.[378]

Uzmanlık Eğitimi ve Akademik Kariyer

Kuşkusuz her ülkenin olduğu gibi Sovyetler Birliği'nin de tıbbın belirli alanlarında uzmanlaşmış hekimlere gereksinimi vardır. Ancak Sovyetler Birliği, hekim kıtlığı çektiği kuruluş yıllarında, uzmanlık eğitimi almak isteyen hekimlerin birkaç yıl için dahi olsa görev yerlerinden ayrılmaları sonucu oluşacak boşluğu doldurabilecek durumda değildir. Bu nedenle Sovyetler Birliği uzmanlık eğitimi konusunda farklı bir yaklaşım geliştirmiştir. Bu modelde hekimler her üç yılda bir 3-4 aylık kurslara davet edilmektedirler. İlk olarak uzmanlık eğitimi vermek üzere büyük hastanelerde 4 okul (Moskova, Leningrad, Kazan ve Novosibirsk) kurulmuştur ve bu okullar yılda 6.500 hekim kabul etmeye başlamışlardır. Bunun dışında tıp fakülteleri değişik uzmanlık dallarında 10 günlük kısa kurslar düzenlemeye başlamışlardır. Tıpta gelişmelerin (antibiyotikler vb.) çok hız-

---

[377] Kurashov (1954), *age*, sf: 511; Shimkin ve MacLeod (1959), *age*, sf 796-797; Ostroverkhov (1961), *age*, sf: 994; US Public Health Service (1962), *age*, sf: 76
[378] Starr (1958), *age*, sf: 833

lı yaşandığı bu dönemde bu tür kurslar yeni bilgiler edinme ve bilgi tazeleme işlevini de üstlenmişlerdir.[379]

1920'lerin ortalarına gelindiğinde ise uzmanlık eğitimi, sürekli eğitimleri de örgütleyen 11 İleri Eğitim Enstitüsü'nde verilmeye başlanmış ve Sağlık Bakanlığı'nın kontrolünde sürdürülmüştür.[380] Daha önce de belirtildiği gibi öğrencilikleri döneminde genel tıp, pediatri ve halk sağlığı alanlarında "erken uzmanlaşmaya" giden hekimler, kendi alanlarında veya ilgi duydukları başka bir dalda daha ileri eğitim almak istedikleri takdirde İleri Tıp Enstitüleri'ne başvurabilirler. Öğrencilikleri döneminde olağanüstü başarı gösterenlerin mezun olduktan hemen sonra başvuruları kabul edilirken, diğerlerinin kırsal kesimde en az üç veya kentsel kesimde en az beş yıl hizmet yapmış olmaları gerekir.

Ordinatura: Uzmanlık eğitimi için gerekli koşulları taşıyan hekimler uzmanlaşmak istedikleri bölüme *ordinator* olarak atanırlar. Uzmanlık eğitimi 6 aylık genel bir teorik ve uygulamalı eğitimle başlar. Bu eğitimi takiben 2,5 yıl bir hastane veya poliklinikte bir uzmanla (genellikle klinik şefi) birlikte çalışılır. Eğitim süresince asistanlar devletten hekim maaşına eşdeğer bir harçlık alırlar.[381] Eğitimin sonunda hekime sertifika verilir. Bu eğitimi tamamlayan hekimler idari görevler alabilirler ve maaşları artar.[382]

Uzmanlık eğitimi veren İleri Eğitim Enstitüleri'nin sayısı 1963'te 13'e yükselmiştir.[383] Bu enstitüler Moskova, Leningrad, Kiev, Harkov, Kazan, Novokuznetsk, Tiflis, Taşkent, Zaporozhe, Bakü, Minsk, Alma-Ata ve Erivan İleri Tıp Eğitimi Enstitüleri'dir. Uzmanlık eğitiminde bir öğretim üyesine en çok üç uzmanlık öğrencisi verilmektedir.[384]

1967 reformuyla birlikte uzmanlık eğitiminde de bazı değişikliklere gidilmiştir. Bu reformla öğrenimlerinin altıncı yılında "birincil uzmanlaşmaya" giden öğrenciler, daha sonra bu alanda intörnlüklerini de tamam-

---

[379] Sigerist (1937), *age*, sf: 135
[380] Gregg (1927), *age*, sf: 10
[381] Kurashov (1954), *age*, sf: 511
[382] WHO (1962), *age*, sf: 56-57; Kissick (1964), *age*, sf: 1074
[383] Kissick (1964), *age*, sf: 1074
[384] WHO (1970), *age*, sf: 24

lamaları halinde iki yıl süreli *ikincil* veya *ileri uzmanlık* eğitimi alırlar. Göz, KBB, üroloji, radyoloji, beyin cerrahi, kardiyoloji, gastroenteroloji, hematoloji, nefroloji, endokrinoloji ve anesteziyoloji gibi alanlarda sunulan uzmanlık eğitimi de bu kapsamdadır. 1970'lerde ordinatura eğitimi tıp fakültelerinde, ileri tıp enstitülerinde, klinik bilimsel araştırma enstitülerinde ve belli büyük hastanelerde verilmeye başlanmıştır. Ordinatura eğitimine katılabilmek için 35 yaşın altında olmak şartı getirilmiştir. Eğitimini tamamlayan uzmanlık öğrencisi, Uzmanlar Kurulu önünde sınav vererek uzmanlık sertifikasını alır.[385]

Aspirantura: Devrimle birlikte doktora derecesi dahil bütün unvanlar kaldırılmıştır. Ancak kariyer yapmak isteyenler için alanlarına ilişkin konularda sınavlar geçme zorunluluğu devam etmiştir. Bu sınavları geçenlerin, eski doktora tezine benzer bir bilimsel çalışma yapmaları gerekmektedir ve böylece eski sistem esas olarak sürdürülmüştür. Daha sonra akademik dereceler yeniden verilmeye başlanmıştır.[386]

Aspirantura akademisyenliğe giden yoldur. Aspirant eğitimi Sovyetler Birliği Bilim ve Teknoloji Konseyi tarafından yürütülmektedir. Bu eğitime temel bilimler alanında uzmanlaşmak isteyenler doğrudan girerken, klinik bilimlerde ordinatura eğitimini tamamlayanlar girebilirler. Eğitime girebilmek için yarışma sınavından geçilmesi gerekir. Aspirantura giriş sınavı, öğrencinin ilgi alanı, bir yabancı dil ve politik felsefeyi kapsar. Sözlü olarak yapılan sınavlar Enstitü Bilim Konseyi tarafından yapılır. Konsey, sınavı başaran öğrenciye genellikle bir departman veya laboratuarın başkanı olan bir öğretim üyesi atar. Bu eğitim üç yıl sürer. Öğrenci birinci yılın sonunda bir sınav vererek (adaylık sınavı) tez çalışmasına girmeye hak kazanır. İzleyen iki yıllık sürenin sonunda aspirant hekim, fakülte veya enstitü bilimsel konseyi önünde bir tez savunması yaparak *Tıbbi Bilimler Adayı* (Kandidat Medisinski Nauk) unvanı alır.[387]

Tıp Bilimleri Adayı olan hekimler arasında başarılı olanlar enstitüde kalarak doktora eğitimlerine başlayabilirler. Hekim, doktorasını yapar-

---

[385] Cooper (1971), *age*, sf: 415
[386] Gantt (1924), *age*, sf: 1057
[387] WHO (1970), *age*, sf: 20-22; Cooper (1971), *age*, sf: 415

ken tıp eğitiminde doçent olarak görev alabilir. 5-10 yıllık bir süre içinde doktora tezini vererek *Tıp Bilimleri Doktoru* (Doktor Medisinski Nauk) unvanı alır. Profesörlük kadroları Tıp Bilimleri Doktoru unvanı alan hekimlere verilir.[388] Profesörler, Tıbbi Bilimler Doktorları arasından Enstitü Bilim Komitesi tarafından gizli oyla seçilmektedir. Bu Komite'de öğrenciler de temsil edilmektedir.[389]

1956 yılında Sağlık Bakanlığı'nın eğitim ve araştırma enstitülerinde görevli 2.634 Tıp Bilimleri Doktoru ve 13.567 Tıp Bilimleri Adayı bulunmaktadır.[390] Eğitimin asıl amacı eğitici hekimler (öğretim üyesi) yetiştirmektir. Aspirantura eğitiminde, ilgili alanda üç yıl süren ileri uzmanlık eğitimi yanında, araştırma teknikleri ve eğitim yöntemlerini içeren pedagoji eğitimi de verilir.[391]

Tıp eğitiminde görev alacak eğiticilerin eğitimi ilk kez Sovyetler Birliği'nde gerçekleştirilmiştir. 1936 yılında Moskova Merkez Enstitüsü'nde Hijyen Tıp Fakülteleri'nde görev alacak öğretim üyeleri için 10 günlük bir eğitim programı oluşturulmuştur. Bu kurslar zaman içinde 2 aya uzatılmıştır. 1967 yılından itibaren özel olarak öğretme becerilerini geliştirmek üzere dünyadaki ilk *Tıp Eğitimi Kürsüsü* (Medical Didactics Chair) kurulmuştur. Böylece hekim eğitiminde görev alacak, öğretim üyesi olacak hekimlerin eğitim becerilerinin geliştirilmesinde büyük ilerlemeler sağlanmıştır. Eğitim yöntemleri, bir başka deyişle konuların nasıl öğretileceği, akademik kariyer programlarındaki her konunun ana ögesidir.[392]

1963-1964 akademik yılında İkinci Moskova İleri Eğitim Enstitüsü'nde Biyolojik Tıp Fakültesi açılmıştır. Fakültenin amacı temel bilimlerde eğitim ve araştırma için nitelikli eleman yetiştirmek ve biyolojik bilimlerle tıp arasında daha güçlü bağlar kurulmasını sağlamaktır. Bu fakültelerin mezunlarının hekimlik yapmalarına izin verilmemektedir. Fakültenin iki

---

388 WHO (1962), *age*, sf: 56-57; US Public Health Papers (1962) *age*, sf: 18

389 Kissick (1964) *age*, sf: 1075

390 Shimkin ve MacLeod (1959), *age*, sf: 798-799

391 Clark (1978), *age*, sf: 903

392 WHO (1970), *age*, sf: 41; Clark (1978), *age*, sf: 903

bölümü bulunmaktadır: biyokimya ve biyofizik. Öğrenciler eğitimlerinin bir yarıyılını biyoloji, morfoloji, genetik, kimya, fizik veya matematik bölümlerinden birinde geçirmektedirler. Eğitimlerini tamamlayanlar tezlerini savunarak mezun olmaktadırlar.[393]

Dünya Sağlık Örgütü Raporu'nda Birinci Moskova İleri Tıp Eğitimi Enstitüsü tanıtılmaktadır:

> "1930 yılında kurulan Enstitü'nün 65 anabilim dalında 77 profesör, 115 doçent ve 229 öğretim görevlisi bulunmaktadır. Beş fakültesi vardır: cerrahi, dahiliye, biyolojik tıp, hijyen ve pediatri.
>
> Enstitü, SSCB Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilmektedir ve Bakanlık ile işbirliği için özel bir birimi vardır. Bu birim Bakanlık tarafından müfredat hazırlanması gibi deneysel ve danışmanlık hizmetlerinde kullanılır. Enstitü bütçesi Sağlık Bakanlığı'nca sağlanır ve yılda 4,6 milyon rubledir. Hijyen ve Biyolojik Tıp Fakülteleri'nin bölümlerinin çoğu Enstitü binasındayken, diğer fakültelerin bölümleri hastanelerde yerleşiktir. Enstitü toplam 9 bin kadar yatağı bulunan diğer büyük hastaneleri de eğitim için kullanmaktadır. Hijyen fakültesi, Moskova Şehir Sanepid (Hijyen ve Epidemiyoloji) Hizmetleri ile yakın ilişki içindedir. Enstitü'nün 250 bin kitaplık bir kütüphanesi vardır."[394]

Sürekli Tıp Eğitimi

Sovyetler Birliği'nde hekimlerin mesleki gelişimlerine büyük önem vermiştir.[395] Dünyada mezuniyet sonrasında sürekli eğitimi ilk kez uygulayan ve mesleki rutine sokan ülke Sovyetler Birliği olmuştur. Bazı yazarlar bunun tıp eğitiminin yetersizliğinden kaynaklandığını ifade etseler de,[396] bütün hekimlerin zorunlu olarak her beş yılda bir iki ay süreyle teorik ve uygulamalı eğitim için belirli merkezlerde (İleri Tıp Eğitimi

---

[393] Tysarowski, W. (1968). *Current Trends in European Medical Education*, sf: 543. Journal of Medical Education, 43(5).

[394] WHO (1970), *age*, sf: 24 - 25

[395] Kissick (1964), *age*, sf: 1074

[396] Gregg (1927)*age*, sf: 20

Enstitüleri) toplanması tıp eğitimi tarihinde başlı başına bir olaydır.[397]

Sovyetler Birliği'nde hekimler için 11 İleri Tıp Eğitimi Enstitüsü'nde sürekli eğitim örgütlenmiştir. Bu enstitüler çeşitli kurslar düzenlerler. Birçok tıp ve araştırma enstitüsünün de sürekli tıp eğitimi kursları vardır.[398] 1963'te enstitü sayısı 13'e yükselmiştir. Bunlar Moskova, Leningrad, Kiev, Harkov, Kazan, Novokuznetsk, Tiflis, Taşkent, Zaporozhe, Bakü, Minsk, Alma-ata ve Erivan İleri Tıp Eğitimi Enstitüleridir.[399]

Hekimlerin sürekli eğitim sistemi iki bölümden oluşmaktadır:

> Hekimlerin çalıştıkları yerden katıldıkları uzaktan eğitim kursları: Bu kurslara katılan hekimlere eğitim materyali Enstitü tarafından verilir. Hekimler bir dizi yazılı alıştırma yaparak Enstitü'ye gönderirler.

> Enstitüde kısa süreli yoğun eğitim kursları.[400]

Mektupla eğitim dahil çeşitli kurslarla, kırsal kesimde çalışan hekimler 3, kentsel kesimde çalışanlar 4 - 5 yılda bir eğitime alınmaktadır. Her yıl kentsel alanlarda 16.000, kırsal alanlarda 8.000 kadar hekim bu kurslara devam etmektedirler. Enstitülerde yapılan kısa eğitimlere katılabilmeleri için hekimler görevlerinden affedilirler ancak ücretlerini almaya devam ederler. Eğitime katılanların yol ücretleri de devlet tarafından karşılanır.[401]

1952 yılında SSCB'nin çeşitli şehirlerinde *extra-mural* kurslar düzenlenmeye başlanmıştır. Bu kurslar 1961 yılında genişletilmiş ve yaygınlaştırılmışlardır. 1968 yılında 50'den fazla şehirde düzenlenen 178 *extra-mural* kursa, 7 bin hekim devam etmiştir. Bu kurslar sürekli eğitimi tamamlayıcı eğitim etkinlikleri olarak kabul edilmektedir.[402]

Uzman hekimler için Tam Gün Kurslar düzenlenmektedir. Bu kursların amacı, uzmanlık eğitimlerini tamamlayarak 5-7 yıl sahada çalışmış hekimlerin, 4-5 ay süre ile bu kurslara alınarak yeni gelişmeleri öğrenme-

---

[397] Newsholme ve Kingsbury (1933), *age*, 17. Bölüm; Leake (1957), *age*, sf: 272

[398] Shimkin ve MacLeod (1959), *age*, sf: 800

[399] Kissick (1964), *age*, sf: 1074; WHO (1970), *age*, sf: 24

[400] WHO (1970), *age*, sf: 31; Clark (1978), *age*, sf: 903-904

[401] Kurashov, 1954: 512; Starr, 1958: 833-834; Kissick (1964), *age*, sf: 1074

[402] WHO (1970), *age*, sf: 34-35

lerini sağlamak ve bu hekimlerin saha deneyimlerinden yararlanarak uzmanlık eğitimi programlarını değerlendirmektir.[403]

Sürekli eğitim programlarına hekimlerin alınmasında şu faktörler dikkate alınmaktadır:

> Katılınan sürekli eğitim etkinliği üzerinden beş yıl geçmiş olması
> Hekimin talebi
> Hastane veya poliklinikteki amirlerin tavsiyesi
> Dergi okuma ve yerel kurslara katılım derecesi
> Hekimin belli bir alanda daha fazla bilgi-beceri edinme talebi.[404]

Feldsherler:

Terim 15. yüzyıl Almanya'sında orduda görev yapan berber cerrahlardan köken almaktadır. Günümüzde Birleşik Devletler'deki hekim yardımcısı veya pratisyen hemşire kategorisine karşılık gelen bir sağlık emekçisidir. Bir hekim gözetiminde hekimlik işlevlerinin çoğunu üstlenir. Tarihte Avrupa ülkelerinde hekim açığını tamamlamak için kullanılmıştır. Teknik olarak hemşire ile hekim arasında bir kategoridir. Genel tıp, hijyen ve laboratuar feldsherleri vardır. Ebe feldsherler, gebe evlerinde görev alırlar.

Feldsher eğitimi yarım zamanlı (3 yıl 10 ay) veya tam zamanlı (2,5 yıl) alınabilir. Feldsherler tek başlarına (hekim gözetimi olmadan) ilk yardım uygulamaya ve basit sağlık sorunlarıyla ilgilenmeye yetkilidirler.[405]

---

403 WHO (1970), *age*, sf: 36

404 Clark (1978), *age*, sf: 903

405 US Public Health Service (1962), *age*, sf: 18. Daha ayrıntılı bilgi için bkz: WHO (1960), *age*, sf: 152-162 ve WHO (1974).

Tablo 15: Feldsher Eğitim Müfredatı (1960)

Ders	Saat (Uygulama)
Rus dili ve edebiyatı	311
SSCB tarihi	276
Matematik	200
Fizik	133 (17)
Kimya	114 (20)
Yabancı dil	182
Latince	76
Biyoloji	95 (21)
Anatomi	100 (40)
Fizyoloji	114 (20)
Mikrobiyoloji	65 (10)
Patoloji	114 (24)
Farmakoloji	182 (42)
Hijyen	68 (18)
Sağlık örgütlenmesi	54 (22)
Genel hasta bakımı	114 (74)
Dahiliye	406 (206)
Cerrahi	412 (212)
Kadın-Doğum	350 (180)
Epidemiyoloji	80 (40)
Enfeksiyon hastalıkları	104 (68)
Pediatri	200 (136)
Deri ve Zührevi hastalıklar	95 (45)
Nöroloji ve Psikiyatri	96 (42)
Göz	72 (32)
Diş	45 (20)
KBB	72 (30)
Fizyoterapi	120 (60)
Seçmeli	185 (20)
Beden eğitimi	(218)

***Kaynak:** US Public Health Service (1962), age, sf: 18-19.*

Sonsöz

Sağlık, sosyalistlerin gündeminde ve geleceğe ilişkin projelerinde her zaman ilk sıralarda yer almıştır. Bu projeler içinde ilkler arasında yer alan Thomas Moore'un *Ütopya* isimli görkemli çalışmasında *"sağlık, herkes için bir haktır."*[406] Yine ütopik sosyalistler arasında önemli bir isim olan Robert Owen'de *"ücretsiz sağlık bakımı"* fikri öne çıkar.[407] Kuşkusuz proletaryanın tarihte ilk kez iktidarı ele geçirdiği Paris Komunü'nün ömrü (iki buçuk aydan az sürmüştür) sağlık alanındaki sosyalist projelerin yaşama geçirilebilmesi için yeterli değildi. Sosyalistler sağlığa ilişkin projelerini kapsamlı olarak ilk kez Sovyetler Birliği'nde yaşama geçirme şansı yakalamışlardır. Daha sonra sosyalizmin yaygınlaşması ve önce dünyanın altıda biri ve daha sonra üçte biri üzerinde egemen olmasıyla, sosyalizmin sağlık politikaları ete kemiğe bürünmüştür. Bu sayede insanlık tarihte ilk kez rüyalarını gerçekleştirme olanağı bulmuş, sağlık sosyalist ülkelerde herkes için bir hak haline gelmiştir.

Soyer bir makalesinde, toplumsal ilişkilerin toplumdaki güç ilişkileri tarafından belirlendiğini ve dolayısıyla tıbbın da bundan bağışık olmadığını belirterek, nasıl kapitalist toplumdaki güç ilişkileri kapitalist tıbbı üretiyorsa, sosyalist toplumdaki güç ilişkilerinin de sosyalist tıbbı ürettiğini belirtmektedir.[408] 20. yüzyılın ikinci yarısında kapitalist ülkelerde

---

[406] Akalın M A. (1997). *Ütopya'da Sağlık.* Toplum ve Hekim. TTB Yayınları. 12 (78), sf. 63

[407] Owen, R. (1842). *Book of the New Moral World,* 3. Bölüm. New Lanark Trust. New Lanark. Scotland

[408] Soyer, A. (2003). *Sosyalizm ve Sağlık / Tıp Hakkında Kısa Notlar.* Toplum ve Hekim, 18(1), sf. 17.

üretilen sağlık hizmetlerinden emeğin göreli olarak daha fazla yararlanabilmesi, bu ülkelerdeki emek mücadelesinin ve sosyalist ülkelerin varlığının bir sonucudur. 20. yüzyıl sonunda sosyalizmin çözülmesi ve kapitalist ülkelerdeki emek mücadelesinin dibe vurmasıyla, bu ülkelerde sağlık hizmetleri sermayenin gereksinimlerine göre yeniden örgütlenmeye ve üretilen sağlık hizmetlerinden emeğin yararlanma düzeyi hızla gerilemeye başlamıştır.

Bu çalışmada insanların sınıf mücadelesinin "dışında", nötr bir alan olarak görmek veya algılamak eğiliminde oldukları tıp alanının, aslında planlanmasından, örgütlenmesine; finansmanından, sunumuna; eğitiminden, gündelik tıbbi uygulamalara kadar her noktada sınıf mücadelesinin bir konusu olduğu sergilenmeye çalışılmıştır. Tıp eğitiminde bir dersin müfredatta yer alıp almamasından, bu derse ne kadar yer verildiğine, nasıl işlendiğine kadar en küçük detaylarda dahi –bilinçli ya da bilinçsiz– sınıfsal bir tercih yapılmaktadır. Aynı durum her bir sağlık hizmeti için de geçerlidir. Biz farkında olsak da, olmasak da tıp fakültelerinde fakülte kurullarının, akademik kurulların aldıkları her karar, Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan her genelge, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yayınladığı her Sağlık Uygulama Tebliği, tıbbın belirli sınıflar lehine örgütlenmesine ve uygulanmasına hizmet etmekte, bunlardan toplumun belirli kesimleri yarar sağlarken, diğerleri zarar görmektedir.

Sosyalizmin tarihinde sosyalistler için geleceğe yönelik olarak çıkartmaları gereken önemli dersler vardır. Sosyalistler bugün, geçmişin zengin deneyimleriyle, emeğin iktidarında tıbbın ve sağlık hizmetlerinin emeğin hizmetine nasıl sokulacağı konusunda büyük bir birikime sahiptir. Ancak insanlığın sosyalizm deneyimi bunun yeterli olmadığını göstermiştir. Tıbbı ve sağlığı emeğin gereksinimlerine göre örgütlemek kadar, bu alanlardaki kazanımların kalıcılığını sağlamanın da önemli olduğu gerçeği kendisini sosyalistlere çok acımasız bir biçimde öğretmiştir.

Sağlığın herkes için *yeniden* bir hak haline getirileceği günleri görebilmek umuduyla...

İstanbul,
Ağustos 2010.

Kaynakça

Abrams, H.K. (2001). *A Short History of Occupational Health.* Journal of Public Health Policy, 22(1): 34-80.

Akalın M A. (1997). *Ütopya'da Sağlık.* Toplum ve Hekim. TTB Yayınları. 12 (78): 62–65.

Akalın, M.A. (2005). *The Battle of Medicare is not Over.* People's Voice, 13 (8): 6–7. May 1–15 2005. Vancouver.

Akalın, M.A. (2007). *Dr. Bethune: Örnek Bir Yaşam Öyküsü.* Toplum ve Hekim, 22 (4): 291-305.

Aksakoğlu, G. (2003). *Sovyetler Birliği Özelinde Sosyalist Ülkelerde "Sağlık Reformu"* Toplum ve Hekim, 18(1): 68-80. Ankara.

Aksakoğlu, G. (2008). *Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü.* Memleket Siyaset Yönetim, 8: 7-62.

Allende, S. (1939). *Chile's Medical Social Reality-1939 (excerpts).* Social Medicine, 2006. 1(3): 153.

Allwood-Paredes, J. (1962). *Interesting Characteristics of Soviet Medical Training.* Journal of Medical Education, 37(11): 1213-1216.

Arbatsky, Y.G. (1962). *Recent Advances in Medical Education.* Journal of Medical Education, 37(9): 840-861.

Assa, N. (2006). How Arbitrary Was Tsarist Administrative Justice? The Case of the Zemstvos Petitions to the Imperial Ruling Senate, 1866–1916. Law and History Review, 24(1): 1-43.

Barona, J.L. ve Cherry, S. (Ed). (2005). Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945). Valencia: University of Valencia Press.

Barr, D.A. ve Schmid, R. (1996). *Medical Education in the Former Soviet Union.* Academic Medicine, 71(XX): 141-145.

Baumgartner, L. (1959). *What About Soviet Medicine and Public Health?* American Journal of Public Health, 49(5): 590-600.

Belek, İ., Nalçacı, E., Onuroğulları, H., Ardıç, F. (1998). Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi. İkinci Baskı. Sorun Yayınları. İstanbul.

BMJ. (1931). *Soviet Medicine and Hygiene.* British Medical Journal, Dec 5, 1931: 1043-1044.

BMJ. (1951). *Soviet Medicine. Impression of Three British Doctors.* British Medical Journal, Oct 21, 1951: 966-967.

BMJ. (1954). *British Doctors in Russia.* British Medical Journal, Oct 9, 1954: 863-865.

Bridgman, R.F. ve Roemer, M.I. (1973). Hospital Legislation and Hospital Systems. World Health Organization. (Fransa'da basılmıştır).

Bowers, J.Z. (1968). Special Problems of Women Medical Students. Journal of Medical Education, 43(5): 532-537.

Brown, B., Crawford, P. ve Hicks, C. (2003). Evidence-Based Research: Dilemmas and Debates in Health Care. Maidenhead: Open University Press.

Brown, E.R. (1979). Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America. Berkeley: University of California Press.

Bunniss, S., Kelly, D.R. (2010). *Research Paradigms in Medical Education Research.* Medical Education. 44(4): 358-366.

Bury, M. (2005). Health and Illness. Cambridge: Polity Press.

Campbell, J.K., Johnson, C. (1999). *Trend Spotting: Fashions in Medical Education.* British Medical Journal. 318(7193): 1272-1275.

Clark, M. (1978). *CME in the Soviet Union.* Canadian Family Physician, 24(9): 902-906.

Cooper, J.A.D. (1971). *Education for the health professions in the Soviet Union.* Academic Medicine, 46(5): 414-418.

Dawson, G. (2000). *On the Need for Race –or Ethnic- Focused Scientific Research in the Journal of the National Medical Association.* Journal of the National Medical Association, 92 (10): 501-504).

Dubois, C.A., McKee M. ve Nolte E. (Editörler). (2006). *Human Resources for Health in Europe.* Maidenhead. UK.: Open University Press. Glaskow.

Engels, F. (1973 [1845]). The Condition of the Working Class in England in 1844. Moscow: Progress Publishers. (Sol Yayınları tarafından Türkçe yayınlanmıştır).

Flexner, A. (1910 [1972]). Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin Number Four. Boston: Merrymount Pres.

Foulks, J.G. (1963). *Medical Education in the USSR.* Journal of Medical Education, 38(2): 127-128.

Gantt, W.H. (1924). A Review of Medical Education in Soviet Russia. British Medical Journal, 1(3311): 1055 - 1058.

Gantt, W.H. (1927a). A Review of Medical Education in Soviet Russia. British Medical Journal, 1(3447): 198 - 200.

Gantt, W.H. (1927b). A Review of Medical Education in Soviet Russia. British Medical Journal, 1(3450): 338 - 340.

Gantt, W.H. (1936). A Review of Medical Education in Soviet Russia. British Medical Journal, 2(3941): 128 - 131.

Gillies, M.T. (1949). A Medical View of the Soviet Union. British Medical Journal, 1949: 1038-1039.

Glass, R.I. (1976). The Sanepid Service in the USSR. Public Health Reports, 91(2): 154-158.

Goodman, W.L. (1949). Anton Simeonovitch Makarenko: Russian Teacher. Routledge & Kegan Paul Limited. London.

*Goromosov, M.*S. (1968). The Physiological Basis of Health Standards for Dwellings. World Health Organization. (Belçika'da basılmıştır).

Grande, J.P.(2009). Training of physicians for the twenty-first century: Role of the basic sciences. Medical Teacher, 31(9): 802 — 806.

Gregg, A. (1927). Medical Education in Russia. Rockefeller Archive Center. Rockefeller Foundation Archives. http://profiles.nlm.nih.gov/FS/B/B/P/Q/ (Erişim: 08 Haziran 2010).

Guilbert J.J. (1987). Educational Handbook for Health Personnel. Sixth Ed. World Health Organization, Geneva.

***Haines, A.J.* (1928).** *Dr. N.A. Semaşko The Commissar of Health.* Health Work in Russia. Marxist Internet Archive. Erişim: 20.05.2010.

***Hiatt, M.D.* (1999).** *Around the Continent in 180 Days: The Controversial Journey of Abraham Flexner.* The Pharos. Winter 1999: 18-24.

***Hilleboe, H.E., Barkhuus, A., Thomas, W.C.* (1972).** Approaches to National Health Planning. World Health Organization. (Fransa'da basılmıştır).

***Hodges, B.* (2005).** *The Many and Conflicting Histories of Medical Education in Canada and The USA: An Introduction to The Paradigm Wars.* Medical Education, 39(6): 613-621.

***Holmberg, B. ve Winell, M.* (1977).** *Occupational Health Standards: An International Comparison.* Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 3: 1-15.

***Hunt, S.* (1993).** *The Flexner Report and Black Academic Medicine: An Assignment of Place.* Journal of the National Medical Association, 85(2): 151-155.

***Izmerov, N.F.* (1973).** Control of Air Pollution in the USSR. World Health Organization. (Fransa'da basılmıştır).

***JME.* (1955).** *"Facts" About Medicine in the USSR (Editorial).* Journal of Medical Education, 30(6): 342-343.

***JME.* (1959).** *Curricula of the Higher Medical School in the USSR.* Journal of Medical Education, 34(12): 1211-1212.

***JME.* (1960).** *Medical and related Education in the Soviet Union.* Journal of Medical Education, 35(12): 1182-1183.

Karle H. (2004). *International Trends in Medical Education: Diversification contra Convergence.* Medical Teacher. 26(3): 205–206.

Katz, F.M., Fülöp, T. (1980). Personnel for Health Care: Case Studies of Educational Programmes. Volume 2. World Health Organization. Public Health Papers. No. 71.

Kirch, D.G. (2010). *The Flexnerian Legacy in the 21st Century.* Academic Medicine, 85(2): 190-192.

Kissick, W.L. (1964). *Current Status of Medical Education in the USSR.* Academic Medicine, 39(12): 1069-1077.

Kneebone, R. (2002). *Total Internal Reflection: an Essay on Paradigms.* Medical Education. 36(6): 514-518.

Kurashov, S.V. (1954). *Medical Education in the Soviet Union.* British Medical Journal, 2 (4886): 510-512.

Leake, C. (1957). *Medical Education in the USSR.* Journal of Medical Education, 32(4): 269-277.

Letavet, A. (1944). *Medical Service in Industry in the U.S.S.R.* British Journal of Industrial Medicine, 1: 123-124.

Ludmerer, K.M. (2010). *Understanding the Flexner Report.* Academic Medicine, 85(2): 193-196.

Malan, R.M. (1963). *Occupational Health in Eastern Europe.* British Journal of Industrial Medicine, 20: 154-164.

Marx, K. ve Engels, F. (1848[1987]). Manifesto of the Communist Party. Chicago : C.H. Kerr Pub. Co.

McKeown, T. (1971). *A Conceptual Background for Research and Development in Medicine.* International Journal of Health Services, 3(1): 17-28.

Mindrum, M. R. (2006). *Time for Another Revolution? The Flexner Report in Historic Context, Reflections on our Profession.* Coronary Artery Disease, 17(5): 477-481.

Morantz-Sanchez, R.M., Pomareau, C.S. ve Fenichel, C.H. (1985). Sympathy and Science: Women Physicians in American Medicine. Westport, CN: Greenwood Press.

Navarro, V. (1986). What Is Socialist Medicine? Monthly Review, 38(3): 61 - 70.

Newsholme, A. ve Kingsbury J.A. (1933). Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia. Marxist Internet Archive. Erişim: 02.05.2010.

NMA (2002). Rasism in Medicine and Health Parity for African Americans: 'The Slave Health Deficit'. Washington: National Medical Association.

Ostroverkhov, G.E. (1961). *Higher Medical Education in the USSR.* Academic Medicine, 36(9): 986-995.

Owen, R. (1842). Book of the New Moral World. New Lanark Trust. New Lanark. Scotland

Özkan, Ö. (2003). *Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde Sağlık Hizmetleri.* Toplum ve Hekim, 18(1): 32-40. Ankara.
Parran, T. (1958). *Public Health inside the USSR.* American Journal of Public Health. 48(5): 610-614.

Pares, B. (1955). A History of Russia. 3rd. Edition. London: Cape.

***Pridan, D.** (1964). Rudolf Virchow and Social Medicine in Historical Perspective.* Medical History. 8(3): 274–278.

***Popov, G.A.** (1971).* Principals of Health Planning in the USSR. World Health Organization. (İngiltere'de basılmıştır).

***Raphael, D.** (Ed.). (2004).* Social Determinants of Health Canadian Perspectives. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.

***Rodin, A.D.** (1962). Men and Books: A Historical Survey of Disease Concepts.* Canadian Medical Association Journal, 87(XX): 124-128.

***Roemer, M.I.** (1972).* Evaluation of Community Health Centres. World Health Organization. (İsviçre'de basılmıştır).

***Segouin, C., Hodges, B., Byrne, P.N.** (2007). World Conference on Medical Education: A Window on the Globalizing World of Medical Education.* Medical Teacher, 29(2-3): e63-e66.

***Semaşko, N.A.** (1923). The Work of The Public Health Authorities in Soviet Russia.* The Communist Review, 4 (2). Marxist Internet Archive. (Erişim: 02 Mayıs 2010).

***Semaşko, N.A.** (1927).* The Public Health System of the Soviet Russia. (Die Gesundheits-verhaltnisse in Sowjet-Russland. Deutsche med. Wohnschr., Leipz. u. Berl., 1927, xlvii.). Gregg 1927 içinde sayfa: 219-284.

***Shimkin, M.B. ve MacLeod C.M.** (1959). Medical Education in USSR.* Journal of Medical Education, 34(8): 795-801.

***Sigerist, H.E.** (1937).* Socialized Medicine in the Soviet Union. London: Victor Gollancz Ltd.
***Skochelak, S.E.** (2010). A Century of Progress in Medical Education:*

What About the Next 10 Years?. Academic Medicine, 85(2): 197-200.

Smirnov, Y. (1945). *Medical Corps in Red Army Operations.* British Medical Journal, 1(4388): 175-177.

Solomon, S.G. (2000). *'Through a Glass Darkly': The Rockefeller Foundation's International Health Board and Soviet Public Health.* Studies of History, Philosophy, Biology and Biomedical Science, 31(3): 409–418

Solomon, S.G. (2002). "Being There": Fact-Finding and Policymaking: The Rockefeller Foundation's Division of Medical Education and the "Russian Matter," 1925–1927. The Journal Of Policy History, 14(4): 384-416.

Solomon, S.G. (2003). *Building Bridges: Allen Gregg and Soviet Russia, 1925-1928.* Minerva, 41: 167-176.

Solomon, S.G. ve Krementsov, N. (2001). Giving And Taking Across Borders: The Rockefeller Foundation And Russia, 1919–1928. Minerva 39: 265–298.

Soyer, A. (2003). Sosyalizm ve Sağlık / Tıp Hakkında Kısa Notlar. Toplum ve Hekim, 18(1): 17-19.
Starr, A. (1958). *Medical Education in Soviet Russia.* Journal of Medical Education, 33(12): 827-836.

Stevens, F. (2001). *The Convergence and Divergence of Modern Health Care Systems.* Sayfa: 159-176. The Blackwell Companion to Medical Sociology. W. Cockerman (Ed) içinde. Oxford: Blackwell.

Sullivan, M.W. (2010). *Expanding Flexner's Legacy Through New Understanding.* Academic Medicine, 85(2): 201-202.

Taylor, R ve Rieger A. (1984). *Rudolf Virchow on the Typhus Epidemic in Upper Silesia: An Introduction and Translation.* Sociology of Health and Illness. 6(2): 201-217.

Tysarowski, W. (1968). *Current Trends in European Medical Education.* Journal of Medical Education, 43(5): 538-546.

US Public Health Service. (1962). Report of the Medical Exchange Mission to the USSR: Maternal and Child Care. Public Health Service Publication No. 954.

Vartanian, F. (2008). *Medical Education in Russia.* http://www.globecpd.org/pdfs/educationinrussia.pdf (Erişim: 30 Haziran 2010).

von Engelhardt, D. (1999). *Teaching History of Medicine in the Perspective of "Medical Humanities"* Croatian Medical Journal. 40 (1): 1-7.

Wade, D.T. ve Halligan, P.W. (2004). *Do Biomedical Models of Illness Make for Good Healthcare Systems?* British Medical Journal. 329(XX): 1398-1401.

Waitzkin, H. (2006). *One and a Half Centuries of Forgetting and Rediscovering: Virchow's Lasting Contributions to Social Medicine.* Social Medicine. 1(1): 5-10.

Webb, S. ve Webb, B. (1935). Soviet Communism: A New Civilization. Vol. 1-2. London: Longmans.

WHO. (1960). Health Services in the USSR. World Health Organization Public Health Papers No. 3. (İsviçre'de basılmıştır).

WHO. (1961). Aspects of Public Health Nursing. World Health Organization. Public Health Papers No. 4. (İsviçre'de basılmıştır).

WHO. (1962). Maternal and Child Health in the USSR. World Health Organization. (İsviçre'de basılmıştır).

WHO. (1963). Health Education in the USSR. World Health Organization. (İsviçre'de basılmıştır).

WHO. (1964). Housing Programmes: The Role of Public Health Agencies. World Health Organization. (İsviçre'de basılmıştır).

WHO. (1970). Postgraduate Education for Medical Personnel in the USSR. Belgium: World Health Organization. (Belçika'da basılmıştır).

WHO. (1974). The Training and Utilization of Feldshers in the USSR. World Health Organization. (İsviçre'de basılmıştır).

WHO. (2005). Accreditation of Medical Education Institutions: Report of a Technical Meeting. Geneva: World Health Organization.

Zapfee, F.C. (1938). *History of Medical Education The First Graded Curriculum.* Academic Medicine, 13(6): 391-393.
Zerda, A., Velásquez, G., Tobar, F., Vargas, J.E. (2002). Health Insurance Systems and Access to Medicines. Case Studies from: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala and the United States of America Washington, D.C. PAHO.

Zhuravleva, T.V., Lichterman B.L., Lisitsyn Y.P. (1999). *Teaching History of Medicine at Russian Medical Schools: Past, Present and Future.* Crotian Medical Journal, 40(1): 25-28.

70 yıldan uzun bir süre boyunca oldukça geniş bir coğrafyada varlığını sürdüren Sovyetler Birliği, tüm eksikliklerine karşın, sosyalizmin insanlık için neden bir zorunluluk olduğunu kanıtlayacak kazanımlara imza attı. Sağlık sistemi, kuşkusuz bu kazanımlar içinde en fazla dikkati çeken başlıklardan biriydi.

Herkes için, eşit, parasız sağlık hizmeti fikrinin bir ütopya olmadığı ilk önce Sovyet deneyinde kanıtlandı. Eşitlikçi bir toplumda kârın değil, halkın çıkarlarının esas alındığı sağlık politikalarıyla birçok hastalığın ortaya çıkmadan önlenebileceği, bilim insanlarının ilaç tekellerinin kuşatmasından kurtulduğunda birçok hastalığın tedavisinde nasıl yaratıcı olabilecekleri görüldü.

Bu kazanımların pek çoğu ne yazık ki sosyalizmin yenilgisiyle buharlaşıverdi. Ama sağlıkta sosyalist örgütlenme anlayışının benzersiz başarısı insanlığın bundan sonraki serüvenine ilham kaynağı olmaya devam ediyor.

Elinizdeki kitap, unutturulmak istenen bu başarıyı farklı boyutlarıyla resmediyor.





14 TL

yazılama